ANNÉE 1882

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-TROISIÈME ANNÉE — SIXIÈME SÉRIE — TOME IV

DIRECTEUR, REDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE



PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 1 7 JANVIER 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

AVIS AUX LECTEURS

Les études biologiques prennent chaque jour plus d'extension, et la Société de Biologie, d'où part le plus souvent l'idée qui provoque les recherches, et où viennent aboutir les résultats obtenus, voit ses matériaux s'accumuler et ses comptes rendus s'enrichir de plus en plus. Organe officiel des travaux de la Société, la GAZETTE MÉDICALE, en présence de cette richesse, était partagée entre deux sentiments : l'un de satisfaction de servir ainsi de porte-voix à tous les progrès accomplis dans l'ordre scientifique; l'autre de crainte, cette partie du programme menaçant d'absorber à son profit le côté clinique ou pratique du journal, si justement apprécié des lecteurs. Une heureuse combinaison intervenue entre la Société de Biologie et la GAZETTE MÉDICALE ne laisse plus subsister que le premier de ces sentiments.

A dater de ce mois, les comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie seront publiés, non plus dans le corps de la GAZETTE MÉDICALE, mais à part, en une feuille hebdomadaire in 8, analogue aux bulletins de l'Académie de médecine. Ils formeront ainsi un véritable recueil périodique dont le prix d'abonnement sera de 15 francs par an. Nous le servirons, sans augmentation de prix, à nos abonnés. Un espace considérablement plus grand sera acquis dans la GAZETTE aux travaux pratiques ; sans négliger les mémoires originaux, nous ferons en particulier une part plus large aux revues spéciales des différentes branches de la médecine ; nous accorderons aussi toute notre attention à la bibliographie, cherchant à donner à la GAZETTE MÉDICALE un caractère vraiment encyclopédique, où le savant et le praticien pourront également venir puiser à des sources certaines.

En résumé, moyennant l'ancien prix d'abonnement, nos lecteurs recevront deux recueils : l'un les tiendra au courant de tous les nouveaux problèmes de biologie, de physiologie, de pathologie expérimentale ; dans l'autre ils trouveront publiés ou analysés les travaux de clinique, de thérapeutique, d'hygiène, etc., les plus propres à réaliser un progrès dans la pratique ; ces deux recueils ainsi se compléteront.

FEUILLETON

CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL.

Les douanes maritimes de la Chine et l'administration anglaise. — Les médecins des *Sanitary Stations*. — Tableau général de la Chine, géographique et sociale. — Ancienneté et continuité de la civilisation chinoise.

Après la signature du traité de Tientsin (1858), l'administration des douanes chinoises (maritimes) fut, par suite de conventions particulières, remise entre les mains des Anglais, dont le contrôle, dirigé par une intégrité et une sévérité inconnues jusqu'alors dans ces contrées, assure au gouvernement de Péking le plus clair de ses revenus.

Les *Imperial maritime Customs*, placées sous la direction d'un chef éminent, M. Robert Hart, inspecteur général des douanes, tiennent une grande place dans la région intermédiaire où la Chine coudoie le monde occidental. Instituées dans tous les ports ouverts, c'est-à-dire partout où le commerce étranger a le droit de s'exercer et de résider, on pourrait dire qu'elles tiennent les clefs de l'empire, car elles tiennent les cordons de la bourse, chose aussi capitale pour les Célestes que pour ceux qu'ils commencent à ne plus guère appeler *les barbares*.

En assurant la prospérité financière du Céleste-Empire, cette institution ne rend pas de moindres services à la civilisation occidentale, dans les rapports que celle-ci ébauche avec la vieille civilisation où elle se trouve implantée. Il serait hors de propos d'entrer ici dans le détail de ses privilèges, de ses attributions et des opérations qui lui appartiennent. Mais je me propose de faire connaître aux lecteurs de la *Gazette médicale* une très intéressante publication émanant des *Imperial maritime customs*, où se trouvent centralisés les rapports et les observations des médecins attachés aux institutions sanitaires des ports ouverts.

Les *Medical Reports* publiés par l'administration des douanes maritimes depuis une dizaine d'années paraissent deux fois par an, par livraisons in-4° d'une centaine de pages, imprimées avec le

Le premier fascicule des comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie sera expédié avec le second numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

Paris, le 5 janvier 1882.

L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

C'est par un cri d'alarme que la Société de chirurgie a clos ses dernières séances, c'est par une grave accusation portée contre l'un des agents les plus précieux de l'arsenal chirurgical qu'elle a terminé l'année. Le chloroforme fourni aux hôpitaux par la Pharmacie centrale est traduit à la barre; il est accusé d'être impur et chargé des plus noirs méfaits.

La question est grosse d'intérêt; le chloroforme hospitalier est trop fréquemment manié pour que de semblables assertions passent inaperçues, sans qu'on en discute l'origine et la valeur; les conséquences de l'administration d'un chloroforme impur sont trop graves pour que tous les chirurgiens des hôpitaux ne se lèvent pas en masse et ne cherchent le remède immédiat aux dangers qui planent sur leurs opérés. La campagne est ouverte... Eh bien! avouons-le en toute sincérité, l'émoi n'a pas été grand; les opinions sur ce sujet sont loin d'être unanimes et le procès traîne encore sans jugement définitif.

Il devait en être ainsi; le professeur Regnault l'a dit d'une manière excellente (1): « Les plaintes formulées par la chirurgie contre l'impureté du chloroforme se renouvellent de temps à autre; à la fois périodiques et chroniques, elles remontent aux premiers jours de l'anesthésie chloroformique. Si quelquefois elles semblent exagérées, elles doivent toujours être accueillies avec reconnaissance, car elles tiennent l'attention en éveil, avertissent chacun de ne pas faiblir sur l'exécution des mesures salutaires dictées par la prudence et appellent les perfectionnements. »

Quelles sont donc ces impuretés du choroforme et quelles sont leurs causes?

Quels moyens pratiques possédons-nous pour les reconnaître? Quels accidents engendrent-elles? Comment les éviter?

Loin de moi la pensée téméraire de suivre les savants orateurs de la Société de chirurgie dans les délicates discussions chimiques où ils ont montré les vices de la préparation et de la conservation du chloroforme et les altérations spontanées qu'il en font, à la longue, un agent d'un maniement dangereux. Qu'il nous suffise de dire que le chloroforme actuel des hôpitaux de Paris, fabriqué dans le nord de la France, à Lille, par l'industrie privée, livré à la Pharmacie centrale où il est vérifié et purifié, envoyé de là dans chaque hôpital par quantités considérables, peut présenter dans sa composition des changements de divers ordres, tenant, les uns peut-être aux éléments de sa préparation, les autres à l'instabilité même du produit. Peut-être l'alcool ordinaire, base de la préparation, se trouve-t-il remplacé par des alcools moins coûteux, tirés de la fécule, des grains ou de la betterave, et moins propres à la préparation d'un chloroforme pur.

C'est une question que nous ne saurions résoudre et que nous devons laisser de côté; c'est affaire à la Pharmacie centrale de vérifier et de purifier le chloroforme qu'elle reçoit et que diverses analyses ont démontré suffisamment pur. Mais, ainsi purifié, le chloroforme se conserve-t-il indéfiniment? Question beaucoup plus importante et résolue presque affirmativement par le professeur Regnault. Le savant chimiste a pu conserver du chloroforme purifié par son procédé pendant plus de deux années dans des flacons en verre ordinaire exposés à la lumière dans un laboratoire bien éclairé. (*Loc. cit.*, p. 264.) En tout cas, l'adjonction dans le chloroforme purifié de carbonate de potasse sec, de carbonate de soude sec, de chaux pulvérisée ou simplement de bicarbonate de soude, dans la proportion de 10 pour 100, maintient l'anesthésique à l'état de pureté pendant des mois et des années. Au moment d'en faire usage, il suffit de le décanter lentement ou de le filtrer pour le séparer des matières solides qu'il ne dissout pas (Regnault).

Quoiqu'il en soit, les précautions sont toujours de mise et toujours il sera bon de vérifier son chloroforme par des procédés que leur simplicité d'exécution met à la portée de tous. En deux mots, nous rappellerons ces explorations faciles et, d'après leurs résultats, nous déclarerons :

(1) *Études expérimentales sur le chloroforme anesthésique* (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, mars 1879).

luxe familier aux presses anglaises, accompagnées de photographies pathologiques parfaitement exécutées, et dont le recueil fournit de précieux documents au sujet des maladies sporadiques et épidémiques de ces régions, observées soit chez les étrangers, soit chez les indigènes. Ces divers travaux sont coordonnés et imprimés à Shanghaï, sous la direction immédiate de mon excellent ami et savant confrère le docteur Jamieson, l'un des médecins de la douane (1).

Je tiendrai la GAZETTE MÉDICALE au courant de cette publication, qui se recommande à notre attention non seulement par les sujets qu'elle renferme, mais aussi par le choix judicieux et le caractère scientifique des matériaux qui s'y trouvent rassemblés.

Il est remarquable à quel point, dans ces régions lointaines, et non seulement dans les centres tels que Shanghaï et Hongkong, qui sont, pour ainsi dire, des milieux européens, mais aussi dans les postes isolés où ils se trouvent jetés presque seuls, parmi des populations entièrement réfractaires à nos idées comme à nos coutumes, — il est remarquable à quel point les médecins des *Sanitary Stations* sont au courant de tous les progrès et de toutes les acquisitions pratiques ou scientifiques que nous avons nous-même quelque peine à suivre. C'est un hommage que je devais rendre d'abord à des confrères qui font honneur à notre profession comme à leur propre pays.

(1) Deux médecins sont attachés aux *Maritime Customs* de Shanghaï, l'un Anglais, le docteur Jamieson, et l'autre Français, le docteur Pichon.

Avant d'entreprendre l'analyse périodique des *Customs medical Reports*, il ne me paraît pas hors de propos de fournir quelques renseignements sur une contrée et une population auxquelles nous sommes encore restés bien étrangers, mais dont chaque jour nous rapproche, et qui ne tarderont pas à venir prendre une place considérable dans l'ensemble du monde civilisé.

Comme rien de ce qui intéresse l'humanité ne saurait être indifférent aux médecins, j'ai pensé qu'il ne me serait pas reproché d'être sorti pendant quelques instants du cercle ordinaire de nos études, en reproduisant ici quelques considérations générales dont une partie est empruntée à un rapport adressé par moi-même à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et inséré dans le

Mauvais le chloroforme qui, versé sur du papier blanc propre, plié en compresse, n'exhale pas jusqu'à la fin de son évaporation une odeur suave, caractéristique, et ne laisse pas le papier absolument sec et inodore;

Mauvais le chloroforme qui rongit le papier de tournesol;

Mauvais celui qui donne un précipité, voire même un nuage blanc avec son volume d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100;

Mauvais aussi celui qui, chauffé dans un tube avec un petit fragment de pierre à cautère et quelques gouttes d'eau, prend une teinte ambrée et à plus forte raison brune;

Mauvais encore celui qui devient brun ou brun rougeâtre par son mélange à parties égales avec de l'acide sulfurique concentré;

Mauvais enfin celui qui prend une coloration verte par l'addition de quelques gouttes de permanganate de potasse.

Ajoutons que l'on peut sans difficulté donner satisfaction au vœu formulé par plusieurs membres de la Société de Chirurgie, à savoir la livraison du chloroforme dans les services des hôpitaux au fur et à mesure des besoins, par flacons de 30 grammes en verre foncé et à fermeture hermétique.

Au prix de toutes ces précautions, évitera-t-on les accidents et pourra-t-on sans danger anesthésier les malades? Pourra-t-on sans aucune crainte administrer le chloroforme parce qu'on le croira bien pur et sera-t-on à l'abri des divers incidents qui rendent l'anesthésie parfois si pénible et quelquefois si dramatique?

Pareille croyance serait une illusion dangereuse et pourrait être la source de terribles déceptions.

Quelle que soit la pureté du chloroforme, cet agent n'en reste pas moins un poison, chargé des inconvénients et des dangers inhérents à tout poison, et susceptible de provoquer des réactions diverses suivant les individus auxquels il est administré. Le chloroforme n'est-il pas, à ce point de vue, comparable à la morphine qui, bien tolérée chez nombre de sujets, détermine chez d'autres et aux mêmes doses de la céphalalgie, des nausées, des vomissements et une tendance syncopale pouvant aller jusqu'à la mort inclusivement?

Du reste, les accidents de la chloroformisation doivent être catégorisés, les uns légers et sans importance ne pouvant être mis sur le même pied que d'autres graves et inquiétants. Les plaintes ont été aussi amères à propos de la lenteur du sommeil et du réveil, de la production de nausées et de vomissements, que lorsqu'il s'agit de la tendance à l'asphyxie et à la syncope, et l'on a trop, à mon sens, confondu les ennuis et les inconvénients avec les dangers de la chloroformisation.

S'il me fallait ranger les uns et les autres d'après leur échelle de fréquence et de gravité, j'établirais volontiers le tableau suivant, qu'on a peut-être trop noirci pour les besoins de la cause :

a. Accidents légers : sécrétion plus ou moins abondante de mucosités buccales, laryngées ou bronchiques; quintes de toux; nausées, vomissements plus ou moins prolongés; érythème ou brûlure des téguments par contact malheureux de la compresse ou par effusion maladroite de quelques gouttes de liquide;

b. Accidents plus sérieux : Troubles de la respiration; arrêt momentané des mouvements respiratoires; menaces d'asphyxie par chute de la langue, présence de mucosités dans l'arrière-gorge, spasme laryngien;

Troubles de la circulation : faiblesse, irrégularités ou intermittences du pouls; tendance à la syncope.

c. Accidents graves : Asphyxie prolongée;

— Etat syncopal;

d. Accidents mortels : Mort subite, immédiate, sous le chloroforme, avant ou pendant l'opération; mort rapide peu d'instants après l'opération ou à une époque très rapprochée, par exemple dans les vingt-quatre heures qui suivent l'acte opératoire.

Je ne veux point rechercher ici les moyens d'éviter ou de combattre ces divers accidents; tout à ce sujet a été dit et bien dit. Mais je me demande : Est-ce bien seulement le chloroforme *impur* qu'il faut accuser? et je réponds hardiment : N'accusez pas seulement *l'impureté*; mais accusez le chloroforme, c'est-à-dire le poison, accusez l'individu à qui vous l'administrez, c'est-à-dire le réactif, accusez le mode d'administration, c'est-à-dire la dose et l'ingestion du poison.

Chaque accident du chloroforme n'est-il pas superposable à l'un des modes ou des moments de l'action du chloroforme sur l'individu? Un accident du chloroforme n'est pas un fait nouveau et impossible à prévoir, c'est l'exagération de l'action physiologique de l'agent sur l'organisme, et cette exagération se produit si le sujet est prédisposé à tel ou tel accident ou si

---

tome VI du *Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique.*

Ce qui frappe le plus, lorsque l'on étudie l'histoire de la Chine, ce n'est pas l'ancienneté de sa civilisation; on n'a pu la saisir encore à sa naissance. Les œuvres de Confucius, qui datent de cinq cents ans avant notre ère, époque où le monde romain naissait à peine, lui supposent un degré bien avancé par leur caractère même et par l'existence d'une des écritures les plus compliquées qui aient existé.

Cependant l'Asie elle-même et l'Amérique nous montrent les vestiges de civilisations déjà peut-être éteintes, alors que commençait à se former celle de l'empire du Milieu.

Le caractère le plus saisissant de la civilisation chinoise est sa durée. Toutes celles dont l'histoire a recueilli l'existence, aussi bien celles dont tout lien avec les temps modernes s'est brisé que celles dont la mémoire revit encore parmi nous, ont disparu. La Chine seule est restée debout. Elle est restée debout, et en apparence immuable, car les changements que la succession des siècles apporte dans l'esprit et dans les habitudes des peuples ne semblent pas l'avoir atteinte. Telle elle était il y a plusieurs milliers d'années, telle, à peu de chose près, elle paraît être aujourd'hui dans ses monuments, dans ses mœurs et dans sa constitution politique, malgré l'introduction d'une religion nouvelle, le bouddhisme, il y a quinze cents ans à peine, exemple unique dans l'histoire du monde telle qu'elle est parvenue jusqu'à nous.

Cette durée suppose une puissance réelle dont la Chine a eu de justes raisons de s'enorgueillir. Elle trouve en partie son explication dans la situation géographique du Céleste-Empire; et nous trouvons également dans celle-ci une justification de cette infatuation d'eux-mêmes qui caractérise les Chinois (1).

(1) Les concessions que le gouvernement impérial fait en ce moment à ce que nous pourrions appeler l'esprit du siècle sont le résultat d'une nécessité à laquelle il ne se plie qu'avec une absolue répugnance et avec des arrière-pensées que sans doute il sera désormais impuissant à réaliser. Il semble que l'on doive attendre davantage du contact avec nous des jeunes Chinois que nous voyons, spectacle encore tout nouveau, se mêler à notre vie et à nos études. Mais il est à croire que les impressions qu'ils pourront rapporter chez eux, quelles qu'elles soient, seront promptement

le mode d'administration est défectueux. N'a-t-on pas déjà, et depuis longtemps, établi à ce point de vue une distinction notable entre les sujets alcooliques et les individus sobres, endormis avec le même chloroforme? N'a-t-on pas remarqué la tendance aux vomissements immédiats et prolongés chez les dyspeptiques atteints de lésions stomacales et hépatiques (Verneuil), la fréquence des accidents thoraciques chez les individus en puissance de congestion pulmonaire, la production des accidents cardiaques chez les porteurs d'un myocarde graisseux, la mort subite aux premières bouffées de chloroforme chez des sujets excités ou déprimés par l'idée de leur opération?

Raisonnons donc nos chances et nos craintes, et si nous avons le droit de vouloir pur et immaculé l'agent anesthésique, cherchons également le pourquoi des accidents chez le sujet réactif et le moyen de les prévenir par la prudente administration du toxique.

Je dépasserais les bornes de cet article en traçant à nouveau les règles de la chloroformisation si bien formulées de toutes parts; mais qu'on me permette cependant de rappeler l'obligation de *tâter la susceptibilité* du sujet, en débutant par de petites doses; les dangers auxquels on l'expose en s'approchant des limites de la *zone maniable* par l'administration brusque d'une forte dose succédant à une petite; l'utilité des doses plus fortes au commencement de la période d'excitation, alors que cette excitation est elle-même un danger; enfin l'importance du retour aux petites doses continues quand la tolérance est obtenue et quand l'anesthésie doit être prolongée.

Rappelons enfin que, si la crainte est mauvaise conseillère, la confiance exagérée est également dangereuse, et que, fût-on certain de la pureté de son anesthésique, il faut encore compter avec le sujet qui s'endort et la main qui lui verse le sommeil.

G. BOUILLY.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES PHÉNOMÈNES D'HYPNOTISME CHEZ LES HYSTÉRIQUES.

M. Dumontpallier poursuit en ce moment, relativement aux phénomènes d'hypnotisme, des recherches fort intéressantes sur quelques malades de son service de la Pitié affectées d'hystérie. On lira, au compte rendu des séances de la Société de biologie, la relation des expériences fort curieuses qu'il a faites et répétées devant plusieurs membres de l'Institut. Si, de nos jours, on croyait encore au surnaturel, l'imagination, en présence de ces phénomènes, pourrait se donner une libre carrière. Mais plus on scrute, le flambeau de la science à la main, les effets de ces forces prétendues mystérieuses, plus on s'aperçoit qu'il n'y a aucun mystère; on demeure simplement convaincu que nos connaissances, sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, sont encore bien limitées.

Cela tient certainement à ce que la science s'est désintéressée jusqu'à nos jours de l'étude d'un ordre de phénomènes qui semble promettre aux investigateurs une ample moisson de surprises et de découvertes; elle a abandonné volontairement ce terrain aux exploiteurs et aux charlatans qui ne se sont fait faute, dans aucun temps, d'en tirer profit: l'ignorance et la crédulité publiques sont deux choses, on pourrait dire deux valeurs, qu'il est toujours facile d'escompter. La science a eu tort de céder à un sentiment de crainte ou de quasi-pruderie; elle en revient aujourd'hui et, sous ce rapport, on devra tout particulièrement des remerciements à plusieurs de nos savants collaborateurs.

Quand plus tard, en effet, on voudra faire l'histoire scientifique des découvertes et des progrès effectués dans la voie qui nous occupe, on en trouvera tous les éléments dans la GAZETTE MÉDICALE, et nous nous félicitons, depuis les premières recherches de métalloscopie de M. Burq, le rapport de la commission de la Société de biologie, les leçons de M. Charcot, jusqu'aux expériences de M. Baréty et aux recherches actuelles de M. Dumontpallier, nous nous félicitons, disons-nous, d'avoir été en quelque sorte l'éditeur officiel de ces travaux.

Jusqu'à présent on ne fait guère que provoquer et observer des phénomènes, recueillir des faits, amasser des matériaux; un long travail d'analyse est toujours nécessaire, mais plus en cette matière qu'en tout autre, pour conduire à une bonne synthèse. Cependant il n'est pas inutile d'avoir quelques moments d'arrêt et de planter quelques jalons, rien que pour marquer la route déjà parcourue et faire pressentir celle dans laquelle on devra s'engager. Si donc on nous demandait de formuler dans une proposition générale l'état actuel de la question sur la nature des phénomènes dont il s'agit, nous dirions volontiers: tout tend à faire admettre que ces phénomènes sont dus simplement à l'impression des agents physiques ordinaires sur un organisme vivant qui, physiologiquement ou pathologiquement

---

La Chine proprement dite, aussi étendue et plus peuplée que notre continent européen, représente une contrée faite d'une seule pièce et semblant créée pour une domination unique; parcourue d'immenses cours d'eau qui sont plutôt une richesse qu'un obstacle, et qu'aucune autre division naturelle ne sépare. En revanche, elle est entourée de tous côtés de remparts presque insurmontables et qui, par la force des choses, l'ont tenue isolée du reste du monde: au nord et à l'ouest, des régions montagneuses inabordables pendant une partie des saisons, à peine franchissables durant les autres; à l'est, une mer redoutable par les bas-fonds, les rochers, les îles dont elle est semée, sans cesse agitée par les moussons alternatives, qui semblent un grand flux annuel, tantôt attirant vers ces côtes inhospitalières et tantôt repoussant les navigateurs lointains.

Assurée de ce côté, la Chine ne connaissait d'autres voisins que des populations clairsemées, que le sol tourmenté de la Mantchourie, de la Mongolie, du Turkestan et du Thibet condamnait à étouffées, pour un certain temps au moins, dans un milieu si contraire à leur expansion. un état sauvage et à une vie précaire, séparées qu'elles étaient d'un autre côté, pour la plupart au moins, du reste du monde par des régions à peu près désertes et rebelles à la vie sociale. Aussi les a-t-elle successivement réduites à l'état de pays annexés comme la Mantchourie, ou tributaires comme la Mongolie, ou vassaux comme le Thibet; et si ces suprématies sont, dans plus d'un point, plus nominales que réelles, elle a le droit de reconnaître que les traces de civilisation que ces régions, encore si peu connues, présentent aujourd'hui, ont été empruntées au Céleste-Empire lui-même. Et si, au commencement du dix-septième siècle, une dynastie mantchoue a pu si facilement se substituer à une dynastie nationale, c'est que la Tartarie s'était imprégnée elle-même de la civilisation chinoise, et que les conquérants, chose rare et peut-être unique dans l'histoire, n'avaient à subir aucune transformation pour s'implanter dans ce sol nouveau.

La Chine avait donc de justes raisons de se croire supérieure au reste du monde qu'elle ne connaissait pas, ou qu'elle n'a connu jusqu'à nos jours que sous des apparences peu propres à la désillusionner. Enfermée en effet entre des mers d'un accès redoutable et des montagnes presque aussi difficiles à affronter; et qu'elle avait

a son système nerveux dans un état particulier de tension ou d'excitabilité, et constitue ainsi un réactif d'une sensibilité extrême. L'idée et les mots de magnétisme animal, de fluide magnétique, de force neurique, etc., devraient ainsi disparaître. Le défaut de temps et d'espace ne nous permet pas d'appuyer notre proposition de quelques arguments; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

HOTEL-DIEU

RÉSECTION DU COUDE POUR ANKYLOSE RECTILIGNE.

Leçon clinique de M. S. POZZI, suppléant M. le professeur RICHET.

Messieurs, nous allons pratiquer aujourd'hui la résection du coude pour une ankylose rectiligne que j'ai tout lieu de croire osseuse. Cette opération, appliquée à des cas de ce genre, offre un grand intérêt. Elle est relativement rare, et son manuel opératoire présente des particularités qui ne sont point encore suffisamment vulgarisées. Je leur donnerai donc quelques développements.

Voici l'histoire de la malade brièvement résumée :

Pélisson, âgée de 18 ans, brune, petite, d'une bonne constitution. Sa mère est morte d'une affection aiguë de la poitrine. Son père, ses frères et ses sœurs se portent bien. Aucun antécédent de scrofule durant son enfance.

A l'âge de 13 ans, en 1875, elle a eu une rougeole. Dans la convalescence, abcès épiphysaire au condyle externe du fémur gauche, bientôt suivi d'un autre abcès à l'extrémité supérieure du premier métacarpien, à la main gauche. Simultanément, apparition d'un abcès au niveau de l'olécrane et d'un abcès au-dessus de l'épitrochlée, à gauche. Tous ces abcès évoluèrent d'une façon subaiguë, mettant plusieurs semaines à s'ouvrir et sans provoquer beaucoup de fièvre. Pendant qu'ils suppuraient encore, apparition d'une quatrième collection purulente en arrière du coude droit, puis d'une cinquième vers la tête du premier métatarsien, au pied gauche.

Par les orifices fistuleux qui succédèrent à toutes ces ouvertures, des esquilles furent éliminées du 1er métatarsien et du 1er métacarpien, puis la cicatrisation survint. Elle fut plus tardive pour le coude gauche et en 1879 seulement, trois ans après son apparition, l'abcès sus-épitrochléen se ferma. Le coude n'avait pas été maintenu dans la flexion, malgré les prescriptions du médecin, car cette attitude était très douloureuse. Il était donc demeuré dans l'extension, et l'ankylose rectiligne paraissait être complète dès cette époque; il y avait pourtant encore des mouvements de pronation et de supination.

Un peu avant l'oblitération de l'orifice postérieur apparut un nouvel abcès au pli du coude; il s'ouvrit spontanément : des injections faites par cette ouverture ressortirent pendant quelque temps par l'orifice olécranien, puis celui-ci se cicatrisa, tandis que l'orifice antérieur de nouvelle formation continuait à verser du pus. C'est à cette époque, au commencement de 1881, que la pronation et la supination disparurent peu à peu. Il faut joindre à ces symptômes des fourmillements dans les doigts et des douleurs vives et subites dans le bras et l'épaule, comme si un peu de névrite de voisinage s'était produit. L'atrophie du bras date aussi de ce moment, d'après la malade.

En résumé, tandis que toutes les autres suppurations épiphysaires étaient demeurées circonscrites et superficielles, celle du coude gauche paraît s'être attaquée successivement aux trois extrémités articulaires et avoir amené d'abord l'ankylose huméro-cubitale, puis l'ankylose radio-cubitale. Ainsi se sont trouvés complètement abolis les mouvements du coude, immobilisé dans l'attitude la plus défavorable à l'accomplissement de ses fonctions.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit no 20, le 11 août 1881.

Etat actuel.— La malade ne paraît nullement affaiblie; elle ne se plaint que de sa difformité qui lui rend tout travail pénible et de la suppuration peu abondante mais intarissable du pli du coude.

Cicatrices adhérentes au squelette au niveau des points anciennement atteints d'ostéite épiphysaire : le condyle interne du fémur gauche, premier métacarpien gauche, olécrane droit, olécrane gauche. De plus, orifice fistuleux à la partie interne du pli du coude gauche, par où le stylet arrive rapidement sur une masse osseuse dénudée qui paraît être l'apophyse coronoïde du cubitus.

Atrophie considérable du membre, marquée surtout dans son segment supérieur. Tous les muscles du bras et le deltoïde sont maigres et flasques et réagissent très peu sous l'influence de l'électricité. Les muscles de l'avant-bras sont un peu moins développés que du côté droit; cependant leurs masses épicondyliennes et épitrochléennes forment encore une saillie assez forte, qui contraste singulièrement avec l'extrême maigreur du bras qui les surmonte.

La main gauche est un peu plus petite que la droite : il y a longtemps que la malade s'est aperçue de cette particularité inté-

doublées de sa muraille légendaire, plus ouverte au midi, mais n'ayant là pour voisins encore que les races très inférieures du Tonking et de l'Annam, qui pouvait l'atteindre?

Nous ne voyons pendant une longue suite de siècles, car nous ne saurions nous arrêter à d'anciennes relations avec la Perse et avec l'Inde, nous ne voyons que de rares apparitions de moines ou de religieux, venant prêcher des dogmes incompréhensibles, dans un appareil peu fait pour émouvoir ces peuples raisonneurs et positifs, bien que l'influence des Nestoriens, vers le douzième ou le treizième siècle, se soit fait sentir d'une manière durable sur les pratiques du culte de Bouddah.

Plus tard, vers le seizième et le dix-septième siècle, des bandes d'aventuriers, dont l'audace était la seule vertu et la cupidité le seul moteur, vinrent à plusieurs reprises demander à la Chine une hospitalité qu'ils payaient par l'outrage et le désordre. Aussi s'empressait-on de se débarrasser, par la force ou l'intimidation, de ces hôtes, qui ne pouvaient laisser derrière eux, à une société paisible et ordonnée, que des impressions de répulsion et de mépris.

Ce n'est que par les jésuites, vers la fin du dix-septième siècle, que les Chinois purent commencer à être initiés à la civilisation occidentale. Ils en avaient été vivement frappés, et, si la cour de Rome, abusée sans doute par les nombreux ennemis de la célèbre Compagnie, n'eût désavoué ses représentants dans le Céleste-Empire, la Chine serait peut-être devenue chrétienne sous le règne du grand empereur Kang-hi, et les destinées de l'extrême Orient eussent été complètement changées. Mais la lutte implacable des ordres religieux, beaucoup moins occupés du salut des Chinois que de haines à assouvir, de politiques à servir et de dominations à exercer, n'inspira à ces peuples que du dégoût pour une civilisation qui se faisait ainsi représenter.

Nous ne devons donc pas nous étonner si, quand l'Occident est venu de nos jours demander un libre accès à cet empire fermé par la nature, et qui ne s'était jamais entr'ouvert sans trouver de bonnes raisons pour se refermer sur lui-même, il a été repoussé avec dédain. Ce qu'ils en connaissaient jusqu'alors n'était de nature ni à diminuer la haute opinion que ses habitants avaient d'eux-mêmes, ni à leur faire souhaiter de renouveler des relations dont le souvenir n'avait pu leur laisser de regrets.

A suivre: Dr MAX DURAND FARDEL.

ressante (à rapprocher de l'atrophie du pied dans certaines coxalgies).

Extension complète de l'avant-bras sur le bras; le membre est en demi-pronation. Il est absolument impossible do faire exécuter le moindre mouvement de flexion ou de rotation au coude; on n'a même pas dans ces manœuvres la sensation d'un degré quelconque de flexibilité. Le coude offre une certaine déformation : il est plus cylindrique qu'à l'état normal et il paraît y avoir un certain degré de subluxation en arrière du radius.

A la mensuration, il n'y a pas de changement de longueur sensible du membre gauche. Nous savons du reste, depuis les recherches de Broca et d'Ollier, que les os du membre supérieur s'accroissent surtout par les épiphyses qui ne prennent pas part à la formation du coude. C'est même là un des arguments sur lesquels on s'est appuyé pour recommander les résections de cette articulation dans le jeune âge, sans crainte d'un raccourcissement fâcheux. Le contraire existe pour le genou, et l'ablation des extrémités articulaires à ce niveau s'accompagne toujours d'un sensible arrêt de développement.

Quelles sont les indications thérapeutiques que suggère le cas présent?

Elles sont de deux ordres. Les premières concernent le traitement suivi jusqu'à ce jour, et ont par suite un intérêt purement rétrospectif. Je leur consacrerai pourtant quelques instants.

Les secondes sont relatives à notre intervention actuelle. Pouvons-nous, devons-nous pratiquer une opération qui délivre la malade de cette pénible infirmité, et quelle sera cette opération ?

Cette malade est, jusqu'à un certain point, victime d'un mauvais traitement antérieur. Non que nous soyons en droit d'accuser le médecin qui l'a traitée; il est possible que l'indocilité seule du sujet ait fait abandonner les règles que l'on doit suivre dans les arthrites du coude. Quoi qu'il en soit, si l'on s'y était conformé, au lieu d'une ankylose rectiligne, qui occasionne une véritable impoteuce, vous verriez ici une ankylose à angle droit, compatible avec la plupart des fonctions de la main.

Souvenez-vous de ce précepte classique : toutes les fois que l'articulation du coude est malade, et par suite exposée à perdre sa mobilité d'une manière définitive, il faut l'immobiliser dans la flexion à 90°, en plaçant l'avant-bras dans la position intermédiaire à la pronation et à la supination. Si cela est vrai pour toutes les arthrites en général, cela l'est surtout pour celles qui ont une *tendance plastique* particulière. De ce nombre sont : les arthrites traumatiques succédant aux entorses et aux luxations réduites; les arthrites rhumatismales aiguës; les arthrites blennorrhagiques et puerpérales; enfin les arthrites aiguës ou subaiguës qui succèdent parfois aux ostéites de voisinage. Ici c'est bien manifestement à une inflammation de cet ordre, due à la suppuration épiphysaire, que nous devons l'ankylose. J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue, au niveau d'une autre articulation.

Il s'agissait d'une ankylose temporo-maxillaire ayant succédé à une ostéite épiphysaire de la mâchoire inférieure. Je pratiquai l'opération d'Esmarch sur le jeune malade atteint de constriction permanente des mâchoires, et il guérit complètement avec restitution des mouvements de mastication. Je le présentai, en 1875, à la Société de chirurgie : vous trouverez son observation insérée aux *Bulletins*. Je l'ai revu l'année dernière, cinq ans après l'opération : le résultat primitif s'était complètement maintenu.

Cette ankylose angulaire, comme guérison de certaines arthrites du coude, était, si l'on peut ainsi dire, l'idéal de la chirurgie il n'y a pas bien longtemps encore. Actuellement, faut-il être plus ambitieux? M. Ollier, qui a tant fait pour la thérapeutique des maladies articulaires, n'hésite pas à répondre par l'affirmative. En présence d'une *arthrite plastique* évoluant franchement, fatalement, vers l'ankylose, eet éminent chirurgien n'hésite pas à pratiquer une résection qu'on peut qualifier de *préventive*, au moins lorsqu'il se trouve en présence de jeunes sujets, offrant des conditions favorables à la reconstitution d'une *néarthrose*. Il voit à cela deux avantages : la rapidité plus grande de la guérison, dans la plupart des cas; l'arrêt de l'atrophie musculaire, cette compagne fidèle des longues arthrites, qu'il s'agisse du coude, où elle est moins connue, ou du genou, ainsi que des travaux récents l'ont péremptoirement établi. Que dis-je? certains chirurgiens sont allés plus loin : non contents de préconiser la résection pour le coude en train de s'ankyloser, ils l'ont proposée et pratiquée pour des aukyloses angulaires déjà effectuées (Neudoerfer).

Il semble à la grande majorité des chirurgiens qu'une pareille pratique manque de sagesse. Bien différente est la *résection préventive*, telle que la pratique M. Ollier, toujours parfaitement justifiable, puisqu'elle porte remède, en somme, à l'inflammation présente autant qu'à l'infirmité future; peut-être cependant pourrait-on discuter son opportunité dans certains cas déterminés où le traumatisme chirurgical viendrait manifestement aggraver l'état du malade en voie de rapide guérison. Je m'explique : quand l'ankylose tend à s'établir très vite, avee toutes les allures d'une guérison spontanée, ne vaut-il pas mieux s'y tenir que d'exposer le malade aux chances de mort, si faibles soient-elles, que comporte toujours la résection? C'est dans ce sens que vous m'avez vu résoudre le problème à propos d'un jeune homme couché dans les derniers lits de la salle Saint-Landry et qui, à la suite d'une luxation du coude compliquée d'ouverture de l'article, a eu une arthrite suppurée. Il a suffi d'un large débridement à la partie interne de la synoviale, d'un drain passé de part en part, d'injections et de bains antiseptiques prolongés, selon la méthode de mon excellent maître le professeur Verneuil, pour que nous ayons vu rapidement l'inflammation décroître et s'éteindre. Une attelle plâtrée maintenant le eoude fléchi et des pansements phéniqués ont achevé la guérison en moins d'un mois. Actuellement, ce jeune homme n'a, il est vrai, que des mouvements très limités du coude : l'ankylose angulaire complète se produira même peut-être. Mais la *résection préventive* ne lui aurait-elle pas fait courir des risques nouveaux? N'aurait-elle pas considérablement retardé sa guérison et le moment où il pourra reprendre son travail? Certes, je m'y serais résolu si j'avais vu la suppuration se prolonger, les cartilages s'exfolier, l'état général s'altérer. Mais la rapidité du processus réparateur a désarmé ma main.

Vous le voyez, messieurs, hien rares sont les cas où l'on peut formuler des règles étroites et dogmatiques, applicables indistinctement à tous les faits. Le plus souvent il faut tenir compte, pour se décider, de circonstances diverses et contingentes. Mais si vous pouvez hésiter entre deux procédés d'amener la guérison avec un membre utile, vous devez toujours éviter de laisser un malade guérir dans une position vicieuse, comme celle qui va provoquer notre tardive intervention.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

Maladie cérébro-gastrique, par M. Leven.

Mes recherches cliniques, que je poursuis depuis plusieurs années, m'ont prouvé qu'un grand nombre d'entités morbides qui ont été décrites, nervosisme, névrose cérébro-cardiaque, hystéricisme, hypochondrie, etc., se composent d'un groupe de symptômes qui appartiennent à la maladie que je dénomme cérébro-gastrique; que ces entités morbides ne sont qu'une expression incomplète de la maladie, et que beaucoup de symptômes qu'on a rapportés à tort à l'hystérie, à l'anémie cérébrale, à l'anémie générale, aux névroses, doivent rentrer dans le cadre de cette affection dont je me propose de retracer l'histoire.

La maladie cérébro-gastrique se compose d'une maladie double : maladie du cerveau et maladie de l'estomac, c'est-à-dire dyspepsie en tant que congestion de la muqueuse stomacale.

C'est tantôt le cerveau qui est le premier atteint et détermine immédiatement la dyspepsie; tantôt c'est l'estomac qui, par des abus de régime devient malade et rend le cerveau malade.

La pathologie démontre donc clairement la dépendance du cerveau et de l'estomac, que l'état de santé ne permet pas d'observer, met en évidence les liens intimes qui rattachent les deux organes : le cerveau, organe de la pensée, et l'estomac, recevant les aliments servant au développement et à l'entretien du corps.

Je n'ai pas à reparler des symptômes de la dyspepsie; mais il me faut faire l'histoire de la maladie cérébrale, en décrire les symptômes, en montrer la nature.

Si le cerveau est fatigué par des émotions fortes, un travail intellectuel exagéré, des migraines, etc., chez un sujet nerveux, il s'irrite.

Les premiers phénomènes qui traduisent cette irritation sont les suivants :

Une douleur est ressentie dans une des régions du crâne, au front, à l'occiput, sur le sommet de la tête ou dans une région éloignée de la tête, le dos, le thorax ou les membres; en même temps se produit un étourdissement, une sensation de faiblesse, une menace de syncope; l'estomac entre immédiatement en scène; la dyspepsie naît et la maladie cérébro-gastrique évolue.

Abandonnez la dyspepsie à elle-même, l'irritation cérébrale augmente et les symptômes qui la caractériseront à son summum d'intensité sont ceux qui suivent : sensibilité cérébrale, facultés de l'esprit, sens musculaire, instincts, organes des sens, nerfs du sentiment et du mouvement, tous se troublent, la raison restant toujours intacte.

1° Sensibilité cérébrale.

Nous ne sentons pas, quand nous sommes en santé, notre cerveau dans le crâne; nous n'avons pas conscience de la présence de l'organe qui produit nos idées et détermine nos actes.

Il n'en est pas ainsi dans cette maladie; le cerveau est senti, lourd, pesant, brûlant comme si l'intérieur de la tête était dévoré par un feu, ou bien il est senti léger; le malade sent le crâne vide, et cette sensation qui reparaît à l'heure des digestions difficiles, souvent tous les jours, le terrifie beaucoup plus que celle de lourdeur.

2° Facultés de l'esprit.

Les facultés de l'esprit, attention, mémoire, volonté, faiblissent. Le malade ne pense qu'avec peine, n'accomplit pas un travail intellectuel sans fatigue; il a de la difficulté à régler le cours de ses idées, à suivre une conversation; tout effort de l'esprit est mal supporté. S'il converse à propos d'un sujet, tout d'un coup des idées singulières qui n'ont aucun rapport avec le sujet en question, et d'ordinaire des idées tristes, surgissent spontanément et se présentent à sa conscience, sans être appelées par la volonté, absolument comme dans l'état de rêve; elles le poursuivent et il ne peut s'en débarrasser. J'ai traité une dame d'une trentaine d'années, affectée de dilatation de l'estomac et de la maladie cérébro-gastrique; elle lut un jour dans un journal qu'un homme avait été mordu par un chien enragé; cette histoire revenait sans cesse à son esprit et la tourmentait; toutes les fois que la digestion était embarrassée, elle pensait à ce chien, et cette pensée était une véritable torture pour son esprit.

La migration de ces idées, qui viennent malgré le malade, le préoccupe, l'attriste et lui inspire la peur de la folie.

La mémoire diminue aux heures de souffrances de l'estomac, et alors le dyspeptique se rappelle avec peine les mots, les noms des objets, ou bien elle baisse tout le temps que durera l'affection stomacale pour revenir ensuite.

J'ai observé, chez de jeunes enfants dyspeptiques, la diminution de la mémoire; ils deviennent incapables d'apprendre leurs leçons, ne suivent plus avec fruit les leçons du professeur; les parents, d'ordinaire, se désolent de cette paresse non habituelle. Aussitôt que ces enfants étaient guéris de la maladie d'estomac, leur état moral s'améliorait et ils redevenaient des enfants studieux.

La volonté subit le sort des autres facultés. Elle diminue. Le dyspeptique n'ose plus se décider : il lui en coûte d'accomplir le moindre acte, et son manque de décision l'arrête à chaque pas. La parole le fatigue, l'ennuie et lui fait mal, dit-il, dans l'estomac; il parle lentement de même qu'il pense lentement.

3° Sens musculaire.

Le sens musculaire, sens cérébral, qui règle la contraction des muscles, soit à l'état de repos, soit dans l'état d'activité, n'est mis en branle que par les sensations que le muscle envoie à l'encéphale; l'irritation encéphalique est cause que les sensations musculaires sont irrégulièrement perçues, et il en résulte que les contractions musculaires, soit à l'état de repos, soit dans la marche, se font mal; le centre de gravité, dans la station, n'est plus assuré; le malade titube quand il marche ou même il tombe à terre sans pouvoir se retenir; son système musculaire est souvent excité par des tressaillements, des tremblements ou des crampes.

4° Organes des sens.

Les impressions que le monde extérieur envoie au cerveau ne sont plus reçues comme dans l'état de santé. Un rayon lumineux vif, un son éclatant, une odeur forte, sont pour lui des causes de souffrance, donnent le vertige ou une sensation de faiblesse. L'état cérébral réagit sur chacun des sens. L'œil voit mal les objets; ils sont cachés par un nuage plus ou moins épais; ils se dessinent par plusieurs images à la fois, obscures; un rayon lumineux vif s'efface lentement de l'œil, la vue s'affaiblit, le malade a de la peine à lire, parce que les lettres dansent au-devant des yeux, et quand le trouble cérébral est devenu intense, il ne peut plus lire du tont. J'ai observé des cas d'amaurose passagère; des hallucinations même de la vue peuvent se produire à l'heure où se manifestent les phénomènes de la dyspepsie; une malade de mon hôpital en avait chaque jour, à quatre heures de l'après-midi, qui l'incommodaient fort. Dès que l'estomac fut guéri, les hallucinations disparurent. Le tympan de l'oreille devient excitable comme la rétine; un son fort est douloureux et s'efface lentement. L'oreille gauche est occupée par un bourdonnement durant quelques heures au début, mais qui deviendra continu si la dyspepsie n'est pas traitée; il s'étendra même à l'oreille droite et, à la longue, l'ouïe devient très dure. Ce genre de surdité n'est pas rare dans les dyspepsies anciennes.

Les désordres du sens du tact consistent en une hyperesthésie de la peau et des muscles du côté gauche ou du côté droit du corps, ou en une hyperesthésie généralisée si la dyspepsie est de vieille date ou très aiguë, en sensations électriques sur la peau, en démangeaisons intolérables.

Le goût et l'odorat sont altérés aussi et sont sujets également à de véritables hallucinations.

5o CRISES CÉRÉBRALES.

Lorsqu'une impression venant de l'estomac ou de la périphérie stimule le cerveau irrité, les facultés, déjà si affaiblies, perdent toute force; il arrive un étourdissement, un sentiment d'anéantissement, de mort imminente, et ce phénomène ne peut être déterminé que par un seul organe malade, l'estomac; tout acte de volonté est devenu impossible, et le malade, incapable de remuer les membres, se laisse choir, on bien la crise se complique de convulsions, de contractures, et il tombe, les membres contracturés, les mâchoires contracturées, incapable de proférer une parole, les yeux fermés, le nez pincé, présentant le faciès de la mort, ne voyant plus, mais entendant ce qui se passe autour de lui, ayant encore conscience de sa situation et épouvantant ceux qui l'entourent. La crise peut atteindre un degré plus élevé encore et consister en une perte complète de connaissance durant dix, quinze ou trente minutes.

Ce dernier genre de crises ne paraît que lors des grandes crises stomacales.

6o INSTINCTS.

Quand tout le champ de l'activité intellectuelle est désordonné, les instincts ne peuvent échapper à la maladie; eux aussi sont inquiétés, et particulièrement l'instinct de la conservation qui est enraciné au plus profond de notre être. On définit l'hypochondrie une monomanie triste caractérisée par une préoccupation excessive de la santé, mais cette préoccupation constante du malade à propos de sa santé n'est qu'un seul symptôme au milieu des nombreux symptômes que je viens de retracer; les pathologistes ont oublié tous les autres: ils n'ont omis dans leur définition que les troubles de la pensée, de la mémoire, de la parole, de la volonté, des mouvements.

Tous les nerfs sensitifs sont excités, nerfs de la périphérie et nerfs des viscères; chaque viscère peut devenir le siége d'une douleur, d'un malaise.

Le champ de l'émotivité est tristement affecté; la peur ne l'abandonne pas; là où il ressent une douleur, il prévoit une maladie; c'est ainsi qu'il craint une maladie du cœur, de la moelle, de la vessie, etc.; il craint même les maladies dont il entend parler.

Il interroge les médecins et les livres de médecine; il cherche partout un soulagement à ses maux réels, incessants, mobiles.

La première question qu'il adresse au médecin est celle-ci: « Deviendrai-je fou? Puis-je vivre étant si malade? »

On peut le rassurer en toute confiance; cette maladie cérébrale n'atteint pas la raison et peut lui permettre de vivre de longues années.

Mais on lui dit ou on lui fait entendre qu'il est un malade imaginaire, comme si un homme pouvait se plaindre de sensations qu'il n'a pas, comme si la conscience n'était pas infaillible!

Le pauvre patient s'exaspère, parce que, dit-il, il ne suffit pas de souffrir; on doute de ses souffrances dont il est victime et dont il n'a qu'une trop claire conscience: il ne trouve nulle part de secours ni de consolation pour ses maux; faisant un retour sur lui-même, s'observant amoindri dans ses plus nobles facultés et désespérant de guérir, il se décourage, est forcé de quitter tout travail, et traîne le reste de sa vie dans un état misérable, à moins qu'un empirique ou le hasard ne le tire de cette situation lamentable.

Pour arriver à guérir le cerveau, il n'est qu'une voie thérapeutique à suivre: il faut traiter l'estomac, et l'on verra symptômes cérébraux et symptômes gastriques diminuer et disparaître simultanément.

En traitant l'estomac, l'irritation de l'encéphale se calme peu à peu; les facultés de l'esprit, pensée, attention, mémoire, volonté, redeviennent énergiques, les troubles de sensibilité et de mouvement diminuent, la peur des maladies disparaît, et cet individu qu'on appelait un hypochondriaque, un névropathe, un malade imaginaire, un mélancolique, un anémique, revient à la santé; et le système général, devenu malade soit par excitation cérébrale, soit par excitation du plexus solaire, retrouve son équilibre.

REVUE D'HYGIÈNE

DE L'INSALUBRITÉ DES CIMETIÈRES

Les grandes agglomérations urbaines vont croissant tous les jours davantage et dans une proportion tellement considérable que les cimetières deviennent facilement trop étroits. Et l'on conçoit que, s'il est du devoir des édiles de parer à ce danger, les hygiénistes soient, de leur côté, appelés à collaborer à ce que M. J. Arnould appelle l'*assainissement de la mort* (1).

Aussi la question des cimetières, au point de vue de la santé publique, a-t-elle été récemment étudiée en France et à l'étranger par un assez grand nombre de médecins et même d'ingénieurs. Qu'il me suffise de citer quelques noms:

Le docteur Robinet, pour son excellente thèse soutenue à Paris en 1880, et intitulée: *Sur les prétendus dangers présentés par les cimetières en général et par les cimetières de Paris en particulier*; le docteur F. Martin, pour la thèse qu'il a présentée à Lyon sous ce titre: *Les Cimetières et la Crémation*; M. le docteur O. du Mesnil, pour le rapport si complet qu'il a été chargé de faire au nom de la commission instituée par la préfecture de la Seine dans le but de répondre à un certain nombre de questions relatives à l'assainissement des cimetières.

En Suisse, je signalerai le travail de M. L. Lossier (2), de Genève; du Portugal nous est venu un article du professeur J. da Silva Amado (3), de Lisbonne; et, en Espagne, M. Enrique Gélabert a publié plusieurs articles sur les cimetières de Barcelone (4).

Enfin je ne saurais passer sous silence les pages que MM. Bouchardat et Arnould ont consacrées à la question des cimetières dans leurs récents traités d'hygiène.

Chose bizarre! tous les médecins qui se sont occupés scientifiquement de cette question sont d'accord à reconnaître que l'insalubrité des cimetières a été singulièrement exagérée. Les ingénieurs et les gens du monde en général ont, au contraire, une tendance très marquée à attribuer aux champs de repos une influence des plus délétères, et à en faire des foyers d'épidémie.

Or, c'est en somme sur des cas exceptionnels et qui, pour la plupart, se sont produits lors d'exhumations (5), que s'est fondé ce que M. du Mesnil appelle la légende de l'insalubrité des cimetières.

(1) Jules Arnould, *Nouveaux Éléments d'hygiène*, p. 1273 et suivantes.

(2) *Des conditions d'un bon cimetière* (REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, juin 1880).

(3) REVUE D'HYGIÈNE, février 1881.

(4) Dans la HYGIENE PARA TODOS, 1881, *passim*.

(5) Faits de Hugues Maret (*Mémoire sur l'abus des enterrements dans les églises et dans les enceintes des villes*, Paris et Dijon, 1773); Faits de Huguenot (de Montpellier, Avignon, 1771); de l'abbé Rozier (*Observations physiques*, 1773); de Scipion Piattoli (*Essai sur les lieux et les dangers des sépultures*, traduit de l'italien et annoté par Vicq-d'Azyr).

Nous allons résumer rapidement les résultats des recherches les plus récentes.

1° ALTÉRATION DES EAUX

L'altération des eaux par le voisinage des cimetières semble être loin d'avoir l'importance qu'on lui a attribuée très souvent. Pettenkoffer, en effet, a calculé pour Munich (ville de 200,000 habitants) que les matières putréfiables qui arrivent dans le sol de la ville par les souillures du sol « à chaque instant et à petites doses, par les déchets de la vie » (Arnould) équivalent à l'inhumation annuelle de 50,000 cadavres.

D'autre part, M. Ad. Carnot a présenté à la commission chargée par M. le préfet de la Seine d'élucider la question de l'assainissement des cimetières, un rapport rassurant.

On a examiné, à l'École des mines, douze échantillons d'eau provenant des divers cimetières de Paris, et l'analyse a montré que ces eaux renfermaient généralement une forte proportion de sels minéraux en dissolution et que ces sels se composaient principalement de sulfate et de carbonate de chaux avec un peu de sels de magnésie et de chlorures alcalins. Quant aux matières organiques, on put constater qu'elles n'existaient qu'à l'état de simples indices, soit qu'on les cherchât dans le dépôt formé, au bout de quelques jours, dans les bouteilles, soit qu'on examinât l'eau après filtration. Une seule exception se présenta pour un puits du cimetière du Nord qui renfermait une quantité très notable de matières organiques en suspension. En cherchant l'explication de ce fait unique, on apprit que le puits était depuis longtemps abandonné et sans usage. Dès lors, il n'était pas étonnant que des matières organiques d'origines diverses s'y fussent accumulées.

A cette exception près, dans toutes les eaux des puits des cimetières de Paris, on ne trouva que de simples traces de substances organiques; on constata en même temps qu'elles ne renfermaient pas une proportion appréciable d'ammoniaque ou de sels ammoniacaux, mais qu'elles contenaient au contraire des azotates en quantité très notable.

« On est donc bien fondé, ajoute M. Carnot, à comparer ce qui se passe pour les eaux des cimetières aux faits qui ont été observés à Merthyr-Tydvil et à Gennevilliers, où des eaux d'égout, très chargées de matières organiques, s'épurent si complètement en traversant une suffisante épaisseur de terre, qu'elles se dépouillent de la totalité de ces matières. Dans l'un et dans l'autre cas, les substances organiques ammoniacales, en filtrant au travers d'une couche de terre assez épaisse et assez aérée, sont entièrement oxydées et transformées en nitrates, qui seuls se trouvent dans les eaux des puits et des sources.

» Cette observation est bien de nature à rassurer sur la prétendue nocuité des eaux souterraines qui sortent des cimetières. »

2° ALTÉRATION DES TERRAINS

Au nom de la même commission, M. Schutzenberger a, de son côté, étudié par des analyses chimiques la question de la saturation des terrains des cimetières, et il est arrivé à cette conclusion :

« La petite quantité de matière organique, contenue dans la terre des fosses communes, établit nettement que la combustion est complète après cinq ans dans une terre moyennement perméable à l'air, et que, par conséquent, il n'y a pas lieu de s'arrêter à *l'idée d'une saturation de la terre par les matières organiques.* »

3° ALTÉRATION DE L'AIR PAR DES GAZ DÉLÉTÈRES

Il est admis par des faits nombreux que la putréfaction des cadavres dans des caveaux, dans des espaces confinés, a été la cause d'accidents sérieux, dus à des émanations délétères; mais la destruction lente des cadavres dans les conditions normales de l'inhumation est-elle de nature à développer et à répandre dans l'atmosphère des gaz dangereux pour la santé publique?

Les seuls gaz réellement délétères ou gênants dont on peut *scientifiquement* admettre la production sont : l'hydrogène sulfuré, l'ammoniaque, l'oxyde de carbone.

Nous avons puisé, dit M. Schutzenberger, dans des conditions variées de température extérieure, depuis 10 degrés jusqu'à 25 et 30 degrés, de l'air tant à la surface du cimetière qu'à des profondeurs dans le sol variant de 40 à 80 centimètres au-dessous de fosses anciennes, datant de plusieurs années, et de fosses plus récentes, un mois et six mois après l'inhumation.

Dans aucun cas, l'examen le plus attentif et le plus minutieux n'a pu révéler la moindre trace des gaz ci-dessus mentionnés.

De plus, pour contrôler l'exemple bien connu, rapporté par Chadwick, d'oiseaux mourant rapidement dans le voisinage d'un cimetière (dans Portugal street), M. du Mesnil a fait des expériences sur divers animaux (poules, lapins, pigeons et serins), qui ont été comparativement placés dans des fosses du cimetière du Sud et à l'école d'Alfort.

Dans les premiers jours d'octobre, ayant fait creuser dans la cinquième division du cimetière Montparnasse une fosse ayant largeur et longueur 3 mètres 50, profondeur 2 mètres, quatre lapins et six poules ont été placés sur la couche même de gras de cadavres; les animaux y sont restés du 12 octobre au 13 novembre sans qu'aucun trouble se soit manifesté dans leur santé.

M. Du Mesnil a fait descendre dans une fosse analogue une cage renfermant un couple de serins; ils y ont vécu quatre mois et en sont sortis « sains et saufs, sans avoir paru incommodés un seul instant ».

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Gynécologie.

I. GROSSESSE GÉMELLAIRE; EXPULSION DES DEUX FŒTUS A DIX-HUIT JOURS D'INTERVALLE, par BARANSKI (1). — II. HYSTÉRO-ÉPILEPSIE; DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES DEUX OVAIRES; GUÉRISON A LA SUITE DE LA CASTRATION, par A. MAÜRER (2). — III. OPÉRATION DE PORRO, PRATIQUÉE AVANT L'ACCOUCHEMENT CHEZ UNE FEMME QUI AVAIT DÉJA SUBI DEUX FOIS L'OPÉRATION CÉSARIENNE; TERMINAISON HEUREUSE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT, par WERTH (3). — IV. DÉVELOPPEMENT DES CORPS FIBREUX DANS LES OVAIRES, par PATENKO (4). — V. SYPHILIS DE LA PORTION VAGINALE (DU COL), par MARCEK (5). — VI. DU

(1) WIENER MEDIC. WOCHENSCHR., numéro 27, 1881.
(2) DEUT. MED. WOCHENSCH., numéro 39, 1881.
(3) ARCHIV. FÜR GYNECOL., t. XVIII, p. 293, 1881.
(4) VIRCHOW'S ARCHIV, t. LXXXIV, p. 193, 1881.
(5) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WOCHENSCH., numéro 51, 1881.

PROTOXYDE D'AZOTE COMME AGENT D'ANESTHÉSIE PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, par KLIKOWITSCH (1). — VII. DE L'EMPLOI DE LA RÉSORCINE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS UTÉRINES, par J. ANDEER (2).

— BARANSKI a vu une femme, secondipare, donner le jour à un enfant mâle incomplètement développé avec expulsion d'un placenta normal. Cette femme se releva de couches pour reprendre ses occupations. Dix-sept jours après sa délivrance, tandis qu'elle était occupée aux travaux des champs, elle perdit une nouvelle fois ses eaux, sans d'ailleurs ressentir de douleurs utérines. Le lendemain Baranski, appelé auprès de cette femme, constata qu'elle était sur le point d'accoucher à nouveau ; l'enfant se présentait par la tête, mais il y avait procidence du cordon et d'un bras. L'accouchement se termina sans difficulté par l'expulsion d'un enfant vivant, à terme.

L'auteur estime qu'il s'agit là d'un exemple de superfétation ou conception double.

— L'observation de MAÜRER est relative à une jeune fille de 22 ans, sujette à de violentes douleurs ovariques depuis qu'elle était réglée. Elle tomba ensuite en proie à des attaques d'hystéro-épilepsie compliquées d'opisthotonos. Les ovaires étaient augmentés de volume ; une pression exercée à leur niveau réveillait les attaques. On se décida pour la castration. L'opération marcha sans encombre ; à gauche, il fallut enlever la trompe avec l'ovaire. Au dixième jour, des signes d'occlusion intestinale étant survenus, on vint à bout de cette complication à l'aide de lavements poussés très haut dans le gros intestin.

— Une femme, affectée d'un rétrécissement très prononcé du bassin (diamètre antéro-postérieur 4 cent.), avait subi deux fois, avec succès, l'opération césarienne, lors de deux grossesses antérieures. Elle était enceinte pour la troisième fois et sur le point d'accoucher. Werth entreprit de la délivrer cette fois par l'extirpation de l'utérus suivant le procédé bien connu de Porro. L'opération fut pratiquée avant le début du travail ; elle ne présenta pas de difficultés spéciales. On mit au jour un enfant vivant qui, chose curieuse, avait une paralysie faciale à gauche. La surface de section fut touchée superficiellement avec le thermo-cautère, puis badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc au dixième. Le pédicule fut fixé en dehors de la cavité abdominale et recouvert d'une épaisse couche de benzoate de soude. Il n'y eut ni suppuration ni fièvre. Au bout de cinq semaines, la malade quittait le lit ; elle était guérie.

— A l'autopsie des femmes âgées, il n'est pas rare de rencontrer dans les ovaires de petits corps fibreux implantés sur des follicules de Graaf parvenus à maturité et ayant subi la déhiscence, ou sur des follicules incomplètement développés. Dans ce dernier cas, on trouve, suivant Patenko, la membrane granuleuse en état de dégénérescence ; les cellules ont subi la transformation hyaline, et la paroi du follicule est le siège d'un travail de sclérose à caractères spéciaux. La membrane propre se plisse à mesure que le contenu du follicule se condense, et finalement celui-ci se réduit à une cicatrice dentelée et irrégulière qui englobe une partie du contenu primitif du follicule.

Les choses se passent autrement quand le corps fibreux siège sur un follicule parvenu à maturité. En ce cas, la sclérose intéresse à la fois la membrane propre et les couches plus externes qui, en se rétractant, forment un petit corps fibreux très dense, lorsque l'ovule n'a pas été mis en liberté. Si au contraire l'ovule a été expulsé, il se forme au centre du follicule une cicatrice vasculaire qui disparaît peu à peu. Il peut aussi se rencontrer au centre de cette cicatrice de la matière pigmentaire provenant d'un foyer hémorrhagique antérieur.

Ces petits corps fibreux de l'ovaire ne contiennent pas de vaisseaux ; en cela ils diffèrent des corps fibreux volumineux des mêmes organes. Ces derniers sont d'ailleurs constitués par d'autres éléments anatomiques. Il peut se faire aussi une agglomération de petits corps fibreux simulant à première vue un de ces fibromes volumineux vulgaires.

— MARCEK a relevé dans le service de Sigmund, le syphiligraphe bien connu de l'école de Vienne, le siège des accidents primaires de la syphilis chez les femmes qui venaient faire appel à ses soins. Il a constaté que chez 5 pour 100 des femmes syphilitiques examinées dans une période de vingt-sept mois, le chancre infectant siégeait sur le col de l'utérus, le plus souvent sur la lèvre antérieure, ce qu'explique un certain degré d'antéflexion de l'utérus, qui est d'observation habituelle à l'état physiologique. Plus de la moitié de ces femmes avaient enfanté, circonstance qui implique une plus grande vulnérabilité du col ; en effet, l'accouchement laisse souvent à sa suite des lésions du col qui mettent longtemps à se réparer et qui facilitent l'absorption du virus syphilitique.

Quand le chancre du col est bien développé, il est entouré d'une aréole rougeâtre, saillante, molle au toucher. Dans le reste de son étendue, la muqueuse est également plus rouge qu'à l'état normal, luisante, dépouillée de son épiderme par endroits et sécrétant du pus en assez grande abondance. Le chancre est le siège d'une induration très nette ; il est bordé d'un liseré livide et recouvert d'un dépôt diphthéritique. Assez souvent il est envahi à un moment donné par des bourgeons charnus de bonne nature, qui sont le point de départ de la cicatrisation. — Presque toujours l'existence d'un chancre du col coïncidait avec une éruption papuleuse du vagin et des lèvres de la vulve.

— KLIKOWITSCH a expérimenté les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote chez vingt-cinq parturiantes et il lui assigne les avantages suivants : d'être inoffensif pour la mère et l'enfant ; de calmer les douleurs à toutes les périodes du travail ; de laisser aux femmes en couches toute leur connaissance ; de ne pas occasionner de nausées, de céphalalgie, de vomissements ; d'être dépourvu de tonte action cumulative ; de ne pas exiger pour son emploi la présence d'un médecin (conclusion contre laquelle on ne saurait trop protester).

Par contre, le protoxyde d'azote n'est pas transportable et demande à être préparé sur place. A mentionner aussi que l'auteur expérimentait avec un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote.

— La résorcine, nouvel agent médicamenteux qui a attiré récemment l'attention des thérapeutistes français, est signalée par ANDEER comme destinée à rendre de bons services dans le traitement des affections utérines « avec accumulation de produits septiques ». La résorcine est un puissant antiputride. Elle devra, dans le cas particulier, être employée sous

(1) ARCHIV. FÜR GYNECOL., t. XXIII, p. 81, 1881.
(2) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WOSSENSCH., numéro 43, 1881.

forme de pommade dont on imprègne des tampons vaginaux ou sous forme de crayons. L'emploi d'injections de résorcine, même en solution faible, développe facilement des accidents réflexes chez les femmes nerveuses ou débiles.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre.—Présidence de M. WURTZ.

PHYSIOLOGIE. — SUR LE MÉCANISME DES TROUBLES MOTEURS PRODUITS PAR LES EXCITATIONS OU LES LÉSIONS DES CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU. Note de M. COUTY, présentée par M. Vulpian.

J'ai cherché à montrer, dans plusieurs communications précédentes, que l'on ne pouvait pas localiser dans le cerveau le point de départ de certains troubles moteurs produits par les excitations ou les lésions des circonvolutions. J'ai fait voir (mars 1879, mai 1880) que, sur des singes ou des chiens dont la circulation cérébrale était depuis longtemps arrêtée par la quadruple ligature ou par d'autres moyens, l'électrisation corticale continuait à produire ses effets habituels; et sur ces animaux ou sur d'autres, curarisés, ou anesthésiés, ou paralysés progressivement, j'ai constaté (mai 1880, avril, mai 1881) que la disparition des contractions ou des convulsions dites corticales coïncidait avec la paralysie tardive des fonctions médullaires. J'avais conclu, de tous ces faits, que la moelle et non le cerveau jouait dans ces phénomènes le principal rôle; et je viens en fournir aujourd'hui la preuve directe.

Si, au lieu de lier les artères encéphaliques, on comprime l'aorte abdominale, ou encore si l'on injecte des spores de lycopode en suspension dans l'eau, par le bout central de l'artère crurale, on observe que la suppression de la circulation et des fonctions d'une région limitée de la moelle entraîne immédiatement la cessation, dans les muscles correspondants, des contractions qui auparavant étaient produites par l'électrisation du cerveau.

Le singe ou le chien en expérience conserve intactes toutes les réactions de la tête et des membres antérieurs; et, soit que l'on excite le cerveau, soit que l'on excite le plexus brachial, ou même quelquefois quand on électrise le nerf sciatique, il continue à exécuter des mouvements de défense ou des mouvements réflexes de tout le train antérieur, et il conserve aussi une très grande sensibilité de la moelle anémiée aux divers excitants mécaniques ou électriques Les fonctions conductrices de cette moelle sont donc partout conservées, et cependant le cerveau cesse d'agir sur les muscles. Du moment où l'arrêt du sang entraîne, avec la paraplégie, la perte complète de toutes les contractions réflexes des membres postérieurs, les mêmes membres, qui se contractent énergiquement pour toutes les excitations qui portent sur leurs nerfs ou sur la moelle, cessent de répondre aux excitations électriques, beaucoup plus intenses, que l'on fait porter sur le cerveau. Les résultats ont été les mêmes dans toutes mes expériences. La moelle n'est donc pas un simple appareil de conduction; mais, dans les excitations venues du cerveau, elle intervient activement comme dans celles venues de la périphérie; elle forme un appareil de réception et de transformation, qui seul semble être en rapport direct avec les muscles.

Cette conclusion se trouve complètement confirmée par l'étude des phénomènes d'excitabilité pathologique.

Ces phénomènes, assez difficiles à étudier à cause de leur variabilité, présentent des formes diverses, qui toutes paraissent se produire par l'intermédiaire de la moelle. J'avais fait voir depuis longtemps (mars 1879) que les accès de contracture monoplégique, constatés quelquefois sur les chiens dont on a lésé les circonvolutions, persistent après l'excision des parties irritées, ou même après l'ablation de l'hémisphère; et la même constatation a été faite par d'autres pour les convulsions plus généralisées.

Mais on pouvait reprocher à ces observations de porter sur des troubles irritatifs passagers, qui s'expliquaient diversement, et il était indispensable de les répéter dans des conditions plus précises.

Ayant été assez heureux, dans quelques-unes de mes expériences sur les singes, pour voir ces animaux devenir hémichoréiques ou hémiathétosiques à la suite de lésions cérébrales ou mieux corticales, je les ai immédiatement utilisés. Seulement, au lieu d'enlever simplement la circonvolution ou l'hémisphère lésé, j'ai agi sur la moelle elle-même en l'isolant du cerveau par segments, ou en la détruisant. La ligature de la moelle cervicale a laissé persister tous les mouvements des membres et de la queue : la double ligature cervicale et dorsale a laissé persister aussi toutes les secousses d'un singe hémichoréique. Mais, dans ces deux cas, l'affaiblissement progressif et la mort rapide de l'animal n'ont pas permis de prolonger les observations. Dans les trois cas où la ligature a porté sur la moelle dorsale, nous avons pu observer pendant plusieurs heures ces animaux, et nous avons vu, pendant tout ce temps, les membres postérieurs et la queue, dont les nerfs étaient séparés du cerveau, continuer à être agités des mêmes secousses : il a été nécessaire de détruire le segment inférieur de la moelle, pour faire disparaître immédiatement les mouvements involontaires des muscles correspondants.

Sur des animaux dont on a lésé le cerveau, la moelle isolée reste donc capable de commander, à elle seule, aux mouvements convulsifs qui sont venus consécutivement à la lésion corticale : entre les deux phénomènes objectifs, altération anatomique de quelques circonvolutions et troubles pathologiques de quelques mouvements, il y a donc une modification fonctionnelle, plus difficile à saisir, qui siège dans la moelle; et cette modification intermédiaire et consécutive, très variable avec les individus, détermine seule la forme et la durée des symptômes extérieurs observés. Par suite, les circonvolutions ne paraissent avoir aucun rapport direct avec les muscles; pour leurs excitations expérimentales, comme pour leurs lésions, c'est la moelle qui joue le rôle prédominant de centre de réaction et de transformation.

Il reste à voir si cette conclusion s'applique aussi aux autres parties du cerveau : ce sera l'objet de prochaines communications.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie une lettre ainsi conçue :

« M. le président de la commission des pensions à accorder aux citoyens victimes de leur dévouement à la cause publique, me demande, au nom de cette commission, un état des savants tués ou blessés en faisant des recherches scientifiques. La commission désire que cet état porte sur deux ou trois périodes décennales, afin qu'il soit possible d'établir une moyenne. Je fais rassembler tous les documents qui permettront de dresser l'état que réclame la commission. J'espère, monsieur le Secrétaire perpétuel, que vous voudrez bien m'aider à compléter ce travail en me fournissant les renseignements spéciaux que vous pourrez réunir. »

M. LE PRÉSIDENT désigne, au nom du bureau, une commission de six membres qui sera chargée de faire une réponse à M. le ministre, réponse qui sera soumise à l'approbation de l'Académie.

Cette commission se compose de MM. le Président, le Secrétaire perpétuel, Legouest, Rochard, Léon Le Fort et Dujardin-Beaumetz.

— La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature de M Bouchard pour la section de pathologie médi-

cale, de M. Farabeuf pour la section d'anatomie et de physiologie, de M. Picot (de Bordeaux), pour le titre de membre correspondant national.

— M. Jules Rochard présente : 1o au nom de M. le professeur Fonssagrives, un volume intitulé : *Entretiens familiers sur l'hygiène* ; 2o au nom de M. le docteur Bernard (de Cannes), une brochure intitulée : *Constitution médicale de Cannes pendant l'année 1880-1881.*

M. Panas met sous les yeux de ses collègues un ophthalmoscope à deux observateurs du docteur Coursserant fils, construit par M. Nachet jeune.

M. Gueneau de Mussy fait hommage à l'Académie d'une brochure ayant pour titre : *Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du goître exophthalmique.*

M. Léon Colin, du Val-de-Grâce, présente un mémoire manuscrit de M. le docteur Sorel, médecin-major de première classe, intitulé : *Recherche de la glycosurie chez les paludiques ; examen négatif.*

M. Tillaux offre en hommage un exemplaire de la troisième édition de son ouvrage intitulé : *Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie.*

M. Depaul présente, au nom de deux médecins grecs, MM. les docteurs Parissis et Tetzis, deux mémoires relatifs à l'île d'Hydra au point de vue médical : 1o *le Tzanski* (maladie de l'enfance) ; 2o *les Maladies des plongeurs.*

— M. le président Legouest prononce un discours dans lequel il rend compte sommairement des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler, rend hommage aux membres que la mort a enlevés : Littré, Armand Moreau, Maurice Raynaud, Bouillaud et Briquet ; souhaite la bienvenue aux nouveaux élus : MM. Cusco, Ernest Besnier, Baudrimont et Marjolin. Enfin, il invite M. le président Gavarret et M. le vice-président Hardy à prendre place aux fauteuils.

M. le président Gavarret propose d'adresser des remerciements aux membres sortants du bureau. Il rend compte ensuite de la visite qui a été faite par le bureau à M. le ministre de l'instruction publique.

— M. Depaul communique, au nom de M. le docteur Dubreuilh (de Bordeaux), une note sur un nouveau cow pox découvert par M. Landau, médecin à Eysines (Gironde), sur une vache de onze ans appartenant à un habitant du village de Laforêt.

On a fait avec ce cow-pox une série d'inoculations successives sur des génisses ; la cinquième de ces génisses, inoculée vendredi dernier, a été adressée à l'Académie par M. Dubreuilh, et va servir à de nouvelles expériences d'inoculation. M. Depaul rappelle qu'il y a dix-sept ou dix-huit ans il a renouvelé le vaccin de l'Académie par du cow-pox découvert à Beaugency.

—M. Foville, candidat pour la section des associés libres, lit un travail intitulé : *Note sur les nouveaux asiles d'aliénés de l'Ecosse, ou asiles aux portes ouvertes.*

Dans ce mémoire, l'auteur communique à l'Académie les impressions qu'il a rapportées d'une visite qu'il a faite à l'asile de Lenzie, près Glascow. Dans cet asile, le système du non-restreint est appliqué jusque dans ses dernières limites, c'est-à-dire que les malades, complètement libres en apparence, mangent à des tables communes où l'on a soin de faire alterner les sexes.

M. Foville pense que le moment n'est pas encore venu de juger d'une manière définitive le système écossais ; il ajoute que son application restera très limitée, et que, dans sa pureté, il ne pourra jamais être adopté chez nous. Mais il est probable que, d'une manière ou d'une autre, ce système provoquera des imitations partielles ou réduites et qu'ainsi il contribuera indirectement à améliorer, dans son ensemble, le sort des aliénés de tous les pays. Il apportera donc un nouvel élément de perfectionnement à l'œuvre de nos célèbres compatriotes : Pinel, Esquirol, Ferrus. C'est un motif suffisant pour le faire étudier avec faveur. (Renvoyé à la section.)

M. Constantin Paul lit un rapport sur le concours du prix Vulfran Gerdy.

Trois places de stagiaires près les eaux minérales étaient vacantes, un seul candidat s'est présenté, M. Fraisse qui, ayant rempli avec succès les conditions du concours, a été nommé.

La commission propose de lui accorder, en conséquence, pour quatre ans, l'allocation de 1,500 francs stipulée dans le testament de M. Gerdy. M. le rapporteur rappelle que cette allocation peut être portée à 2,000 francs, si les travaux annuels du stagiaire sont jugés dignes d'un supplément de 500 francs.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 décembre 1881-Présidence de M. Laborde.

— M. Dareste présente un fœtus de mouton monstrueux ; il le doit à l'obligeance de M. Pouchet. Ces difformités lui paraissent dues, comme il l'a démontré depuis longtemps pour les monstruosités des embryons des oiseaux, à une compression exercée sur les membres postérieurs par l'amnios. Ici le capuchon caudal est soudé au capuchon céphalique.

— M. le président lit une lettre de M. le ministre de l'instruction publique annonçant à la Société qu'il met à sa disposition une allocation de 2,000 francs.

Des remerciements sont adressés à M. le ministre.

— M. Leven lit un mémoire sur la maladie cérébro-gastrique. (Voir plus haut.)

M. Krishaber se pose une question préjudicielle et se demande si ces troubles ne tiendraient pas plutôt à un état nerveux qu'à la dyspepsie. En tout cas, il trouve exagérée la manière de voir de M. Leven.

M. Leven donne comme argument de sa manière de voir qu'en traitant l'organe malade on voit cesser les accidents.

De l'existence de cellules épithéliales a cils vibratiles a la surface de l'ovaire normal de la femme, par M. le docteur de Sinéty.

Je désire appeler l'attention de la Société sur un fait anatomique que j'ai observé ces jours derniers. Il s'agit de la présence de cellules épithéliales à cils vibratiles sur la surface d'un ovaire de femme, parfaitement normal du reste. Cet organe avait été enlevé en même temps que son congénère, aux dépens duquel s'était développé un kyste. Après avoir coupé en deux moitiés l'ovaire sain, l'une de ces moitiés fut soumise aux procédés de durcissement ordinaires, et l'autre moitié fut plongée pendant vingt-quatre heures dans un mélange composé d'une partie d'alcool et de deux parties d'eau, afin d'étudier son épithélium, d'après la méthode indiquée par Ranvier. Les coupes obtenues sur la portion durcie permettaient de constater que l'ovaire était absolument normal et contenait de nombreux follicules de Graaf avec leurs ovules, à divers degrés de développement.

Mais, sur les préparations obtenues par le raclage après l'action de l'alcool au tiers et la coloration au picrocarmin, on voyait disséminées, au milieu des petites cellules cylindriques qui forment le revêtement de la glande ovarique, un certain nombre d'entre elles un peu plus volumineuses et munies de cils.

Dans toutes les préparations ainsi obtenues, aussi bien au voisinage de la fimbria qu'à la partie moyenne, on constatait l'existence de plusieurs éléments à cils vibratiles. Une des préparations provenait du raclage de la surface externe d'un follicule faisant saillie et ayant déjà atteint environ le volume d'un gros pois.

j'insiste sur ce fait, que tout l'épithélium de revêtement n'était pas vibratile, et qu'on n'observait que quelques cellules vibratiles disséminées au milieu de lambeaux formés de petits éléments cylindriques, décrits par tous les anatomistes modernes comme constituant le revêtement externe de l'ovaire à l'état normal.

La présence de cellules à cils vibratiles à la surface de l'ovaire offre un certain intérêt, relativement au cheminement de l'ovule des divers points de la surface de l'organe jusqu'à l'orifice tubaire On comprend, en effet, combien peut être important le rôle de ces éléments pour la production des courants vecteurs dirigés de la portion interne et moyenne de la glande vers son bord externe, voisin de la trompe.

L'influence des courants dus aux cils vibratiles sur la progression de l'ovule est aujourd'hui un fait admis par la plupart des physiologistes. On sait, en effet, que l'épithélium vibratile de la trompe se continue tantôt directement, le plus souvent après une interruption d'un demi à un millimètre (1), avec l'épithélium ovarien, par l'intermédiaire de la fimbria ovarica. Celui-ci étant considéré comme non vibratile, on avait de la peine à comprendre comment, chez la femme, l'ovule expulsé d'un follicule situé à la région moyenne ou interne de la glande pouvait arriver jusqu'à la fimbria. C'est à ce point de vue que la présence de cette variété d'épithélium à la surface de l'ovaire normal de la femme nous paraît intéressante.

On pourrait être surpris de ce que ce fait anatomique ait échappé jusqu'à présent aux investigations des histologistes.

Mais on se l'explique, peut-être, en réfléchissant à la difficulté qu'il y a à se procurer des ovaires de femme *normaux* et *frais*. Car les pièces recueillies à l'autopsie ne peuvent servir en rien à ces recherches. En outre, nous avons vu que les éléments vibratiles étaient peu nombreux relativement aux autres, il est donc à peu près impossible de les distinguer sur des coupes. C'est pourquoi nous avons eu recours à la méthode de l'alcool au tiers, si favorable à l'étude des tissus épithéliaux. Notre examen, à ce point de vue, n'ayant porté que sur un seul cas, nous nous garderons de vouloir en tirer des conclusions générales et d'admettre qu'il en est toujours de même.

Mais il n'est pas fréquent, au moins chez nous où la castration de la femme (opération de Battey ou d'Hégard) n'est guère pratiquée, il n'est pas fréquent, disons-nous, d'avoir à sa disposition un ovaire *sain* et *complètement frais*, recueilli sur un sujet vivant. C'est cette considération qui nous a engagé à communiquer le résultat de notre observation, afin d'appeler sur ce point l'attention des histologistes, dont les recherches ultérieures montreront si nous avons eu affaire à un cas isolé, ou si, au contraire, la présence d'un certain nombre de cellules à cils vibratiles à la surface de l'ovaire normal est un phénomène constant chez la femme adulte.

Nous devons enfin rapprocher ce fait de ceux que nous avons signalés, M. Malassez et moi, dans nos recherches sur les kystes de l'ovaire. Il nous est arrivé fréquemment de trouver, à la surface externe de ces tumeurs, des éléments munis de cils vibratiles au milieu d'épithéliums variés.

Dans le cas actuel, sommes-nous en présence d'un phénomène pathologique au début? Ou bien, dans les tumeurs ovariques, assistons-nous seulement à l'exagération d'un état physiologique? Telle est la question que nous espérons résoudre plus tard, en multipliant nos recherches sur ce sujet et en employant les procédés les plus favorables à l'étude des formes épithéliales.

M. Duval trouve que la théorie de Rouget explique difficilement les faits et que la présence des cils viendrait la renverser. Peut être ces cils n'existeraient-ils qu'à l'époque menstruelle.

M. Budin pense que l'on pourrait se procurer des ovaires dans une foule de circonstances et qu'il serait fort utile de poursuivre ces recherches.

— M. Mégnin présente une pièce pathologique rare : c'est l'aorte postérieure d'un chien, converte de petites tumeurs, dont l'une renferme le spiroptera sanguinolenta qu'on n'avait encore rencontré que dans des tumeurs de l'œsophage du chien.

— M. Sabourin : L'anatomie pathologique démontre que le foie de l'homme est une glande en tubes, et que cette glande est, comme les autres, divisée en lobes, lobules et acini. Le lobule biliaire est semblable au lobule pulmonaire.

La réunion par leurs canaux excréteurs des lobules biliaires primitifs forme des lobules de second ordre, dont la réunion forme les lobes, etc., qui se groupent autour des canaux portes de plus en plus volumineux.

(1) Waldeyer, *Eierstock und Ei*, 1870, p. 9.

BIBLIOGRAPHIE

Des opérations obstétricales, par M. le docteur Wasseige, professeur à l'université de Liége. Un fort volume cartonné avec 162 figures dans le texte. — Paris, 1881. — Chez A. Delahaye et Lecrosnier.

Jusqu'à ce jour, la littérature médicale française ne comptait pas d'œuvre écrite dans l'esprit où a été conçu le livre du professeur liégeois. Ce traité des opérations obstétricales est un ouvrage éminemment pratique, guide aussi sûr pour l'étudiant en médecine que conseil éclairé pour le praticien.

La division du livre comporte :

Une première partie qui traite des opérations d'exploration : touchers vaginal et rectal, pelvimétrie, palper abdominal, cliséométrie et pelvigraphie ;

Une deuxième partie que M. Wasseige consacre aux opérations qui se pratiquent avant l'accouchement : réduction de l'utérus gravide, dilatation du col utérin, procédés à mettre en usage pour déterminer l'avortement ou provoquer l'accouchement prématuré, conduite du chirurgien en face d'une présentation ou procidence du cordon, manœuvres relatives aux versions céphalique et pelvienne.

La troisième partie nous donne une étude des procédés d'extraction du fœtus par les voies naturelles sans léser ni l'enfant ni la mère : ainsi, l'extraction du fœtus dans les présentations de l'extrémité pelvienne, jadis décrite comme le troisième temps de la version podalique. Dans cette troisième partie, le chapitre de l'extraction du fœtus dans les présentations de la tête devient, pour l'auteur, le sujet d'une brillante étude sur les innombrables modèles de forceps à branches parallèles et croisées. Il se déclare partisan de l'ingénieux forceps du professeur Tarnier, récemment présenté au Congrès médical de Londres ; pour M. Wasseige, cet instrument réunit toutes les qualités désirables pour un forceps : introduction et application faciles, force extractive appliquée sur un point rapproché du centre de la tête, manche permettant à la tête fœtale d'exécuter elle-même certains mouvements de translation.

La quatrième partie est une revue critique des opérations ayant pour but de diviser, de morceler tout ou partie du fœtus et de l'extraire, ainsi réduit, par les voies naturelles : la perforation de la voûte, la perforation de la base du crâne, le broiement, le sciage de la tête, la décollation, l'éviscération.

L'extraction du fœtus par les voies naturelles n'étant ou pas possible ou pas autorisée par la mère, restait à l'auteur à examiner, dans une cinquième partie, l'extraction du fœtus par des voies artificielles : opération césarienne, élytrotomie,

symphyséotomie, amputation utéro-ovarique de Porro. Cette dernière opération, l'auteur la considère comme définitivement entrée dans la pratique obstétricale, grâce à la méthode antiseptique de Lister dont M. Wasseige, partisan convaincu, est un des premiers vulgarisateurs en Belgique.

Une sixième partie a pour objet les manœuvres parfois nécessaires après la sortie ou l'extraction du fœtus : la délivrance artificielle, la réduction de l'utérus inversé.

Faisant la part des progrès réalisés en obstétrique par les grandes écoles française, belge, allemande, anglaise..., l'auteur a su, avec une haute impartialité, rendre à chacune selon ses mérites et dans l'appréciation des instruments et dans la critique des procédés opératoires et des manœuvres obstétricales. M. le professeur Wasseige est un inventeur fécond qui a su enrichir l'arsenal des accoucheurs d'instruments ingénieux parmi lesquels je citerai un pelvimètre, un porte-lacs, le crochet mousse articulé. Ce dernier instrument, d'un mécanisme simple et heureux, offre les mouvements complets du doigt humain; facile à introduire, il s'applique aussi aisément sur le pli de l'aine du fœtus que dans les présentations du siége lorsque le doigt ne peut aller accrocher une aine trop élevée, que sur le cou de l'enfant dans les présentations de l'épaule lorsqu'il s'agit de procéder à la décollation. Nous lui devons également un constricteur pour le pédicule utéro-ovarique dans l'opération de Porro, et un lamineur céphalique destiné, comme son nom l'indique, à laminer, à réduire à l'état d'un vrai disque plat la tête du fœtus en cas d'embryotomie.

Si nous avons plus spécialement mis en lumière les inventions originales de l'auteur, c'est que sa modestie ne lui a permis de s'assigner à lui-même qu'un espace restreint au milieu des pages qu'il consacre aux découvertes des autres chirurgiens.

Ce qui donne à l'œuvre du chirurgien belge une valeur spéciale, c'est que toutes les règles de conduite tracées dans ce livre utile ont été appliquées par l'auteur et sont le fruit d'une étude comparée persévérante et d'une pratique personnelle de bien des années.

Dr Léopold Dejau

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

La bibliothèque biologique internationale (1).

L'éditeur Octave Doin a eu l'heureuse idée d'entreprendre, sous la direction de M. de Lanessan, la publication d'une collection scientifique qui ne saurait manquer d'être intéressante. Bien que cette série de volumes soit destinée à un public plus étendu que le public médical, nous croyons devoir signaler à nos confrères l'apparition des cinq premiers opuscules.

Le premier a pour titre : *les Microphytes du sang et leurs relations avec les maladies*. C'est la traduction d'un mémoire très soigné de Timothée-Richard Lewis, paru l'an dernier dans le Quaterly microscopical Journal.

Un autre volume est traduit du même journal. M. E. Ray-Lankester y traite de l'*Embryologie et de la classification des animaux*.

Un troisième volume reproduit une conférence de M. de Lanessan sur la doctrine de Darwin, sur le transformisme. On y trouvera exposée spécialement la partie de cette doctrine, qui a reçu le nom de *la Lutte pour l'existence*.

Le docteur L.-H. Petit a fait un bon résumé de l'histoire de la *Métallothérapie ;* et enfin M. le docteur Charpentier (de Nancy) a su résumer les conquêtes de la science moderne en oculistique dans une brochure de 136 pages, consacrée à l'*Examen de la vision au point de vue de la médecine générale*.

La variété des sujets déjà traités montre combien est vaste le domaine que s'attribue cette bibliothèque biologique internationale. Ainsi comprise, la biologie embrasse pour ainsi dire l'ensemble des études qui ont pour objet tous les êtres vivants à l'état sain ou à l'état de maladie, isolés ou réunis en société.

La pathologie et l'hygiène, la physiologie et la thérapeutique, la zoologie comme l'économie sociale, l'anthropologie aussi bien que la botanique, pourront fournir des éléments à la collection nouvelle. Nous croyons devoir applaudir à cette œuvre de vulgarisation scientifique, œuvre intelligente et par conséquent œuvre de progrès.

Dr Albertus.

(1) O. Doin, éditeur.

Sur l'influence de la lumière mixte et chromatique dans l'exhalation de l'acide carbonique par l'organisme animal. — Recherches instituées dans le laboratoire de physiologie de l'université de Turin, 1879, par les docteurs J. Moleschott et S. Fubini.

Le docteur Moleschott publiait en 1855, à Heidelberg, une note sur l'influence qu'exerce la lumière sur les grenouilles ; il en résulte que son action se traduit par une production plus considérable d'acide carbonique que celle qui s'exhale dans l'obscurité. Brown-Sequard et l'école physiologiste moderne avaient depuis longtemps constaté pareille chose ; en 1866 Pettenkofer et Voit, en 1875 Pott, ont apporté de nouvelles preuves qui établissent d'une façon bien nette l'authenticité de ce fait.

A M. le docteur Fubini était réservé de préciser la part qui, indépendamment de la respiration pulmonaire, revient à l'exhalation cutanée, en comparant toujours la quantité d'acide carbonique produite à la lumière ou dans les ténèbres. D'après les expériences instituées à cet effet, il résulte que la peau humaine laisse évaporer moins d'acide carbonique dans la nuit que dans le jour, dans la proportion de 100 à 113. Des grenouilles auxquelles les poumons avaient été enlevés donnaient encore par la peau les 10/11e du gaz fourni par des grenouilles intactes.

Des recherches faites dans le but de constater l'influence des rayons lumineux coloriés diversement sur la production de l'acide carbonique ont permis aux auteurs de dresser une échelle graduée, dans laquelle la lumière bleu violet ainsi que la blanche ont eu un pouvoir producteur plus grand que celle teinte en rouge. Les lumières jaune, verte, exercent une action encore plus grande sur le développement de ce gaz.

On doit donc attribuer une action thermique et chimique réelle à la lumière, ce qui explique la transformation de la matière et la production de l'acide carbonique. Il se conserve ainsi plus d'oxygène et s'exhale plus d'acide carbonique pendant le jour que pendant la nuit, point qui n'avait pas encore été mis hors de doute jusqu'à présent. Ce chapitre de physiologie expérimentale a été traité avec une grande largeur de vues par MM. Moleschott et Fubini. Nous sommes heureux de pouvoir les en féliciter.

Dr G. Millot-Carpentier (de Montécouvez.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE.

Faculté de médecine de paris. — M. Simon (M.-V.) est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique.

— Par décret en date du 2 janvier 1882, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, il est créé, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies du système nerveux;

— Par un autre décret de la même date, M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux.

***

INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Sur le rapport de M. le docteur Bourneville, le conseil municipal a décidé d'élever ainsi qu'il suit l'indemnité annuelle allouée aux internes en médecine des hôpitaux de Paris : première année, de 500 à 600 francs; deuxième année, de 500 à 700 francs; troisième année, de 600 à 800 francs; quatrième année, de 700 à 1,000 francs.

La commission du budget de l'Assistance publique a invité aussi l'administration à examiner s'il ne serait pas possible d'arriver à donner à tous les internes la nourriture en nature.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Chotin (L.-L.) vient d'être nommé pour trois ans prosecteur d'anatomie.

***

DOCTORAT EN MÉDECINE ET AGRÉGATION DES SCIENCES NATURELLES. — Les développements donnés dans ces dernières années à l'étude des sciences naturelles dans les lycées ayant exigé un certain nombre de nouveaux professeurs, des docteurs en médecine et des étudiants bien notés avaient été admis à donner cet enseignement. Aujourd'hui on demande que tout docteur en médecine ou pharmacien de première classe puisse subir l'examen d'agrégation des sciences naturelles, sans qu'il y ait besoin pour lui, comme c'est la règle, de posséder deux licences (mathématiques, physique ou sciences naturelles). Cette demande ayant paru exorbitante à beaucoup de membres du Conseil supérieur de l'instruction publique, la commission avait proposé un moyen terme qui consistait à dispenser pendant deux ans les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe de subir les épreuves des licences. Cependant, après une longue discussion, le conseil a pris la décision suivante : « Pourront être admis au concours de l'agrégation des sciences naturelles : 1° les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licence ès sciences physiques ; 2° les pharmaciens munis des diplômes supérieurs et justifiant de la même licence ès sciences physiques. »

***

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Si nous en croyons le journal le *Temps*, le ministre de la marine se proposerait, aussitôt le rappel des médecins coloniaux effectué, de diminuer considérablement les cadres et le nombre des écoles de médecine navale.

Le concours serait établi à tous les degrés de l'échelle. N'arriveraient au grade de médecin principal que les officiers du corps de santé ayant subi un concours, après lequel, comme dans l'armée de terre, ils posséderaient le droit de faire un service dans les hôpitaux. Les agrégés libres et les agrégés alors en exercice seraient dispensés de l'épreuve.

Enfin chaque hôpital maritime serait dirigé entièrement par le directeur du service de santé, qui aurait sous ses ordres tout le personnel. Les infirmiers seraient commandés, administrés et avancés exclusivement par le corps de santé. Le commissariat de la marine ne garderait que l'administration des fonds.

***

MUSÉUM DE PARIS. — Le ministère de l'instruction publique vient de décider une amélioration notable dans le traitement des aides-naturalistes et des préparateurs du Muséum d'histoire naturelle, dont le minimum sera de 3,000 fr. et le maximum de 5,000 fr. pour les premiers, tandis que le traitement des préparateurs sera porté de 1,500 francs à 1,900 francs et pourra s'élever jusqu'à 2,900 francs.

***

CHOLÉRA. — Les nouvelles du choléra sont moins graves. Il semble qu'il y ait décroissance sensible et presque disparition du fléau à la Mecque et à Djeddah. Il a disparu des quatre villages situés dans la circonscription de la Mecque où il avait fait son apparition, et on ne l'a pas constaté à Taïf. Dans la première quinzaine de ce mois, il y a en quelques cas à Yambo parmi les pèlerins provenant de Médine.

M. Ardouin, inspecteur général du service sanitaire égyptien, a fait les constatations suivantes : sur 6,600 pèlerins arrivés dans le lazaret d'El-Wich, il y a eu, du 8 au 15 décembre, 45 décès, dont 39 de choléra, ce qui fait pour sept jours près de 6 morts par jour. Une dépêche ultérieure de M. Ardouin, datée du 18 décembre, annonce une amélioration dans les campements d'El-Wich. Le 16 décembre, on n'a constaté que 3 décès, dont 1 de choléra et 2 de diarrhée suspecte.

***

FIÈVRE JAUNE. — Une dépêche du gouverneur du Sénégal au consul de France, à Lisbonne, nous apprend que la fièvre jaune a complètement disparu de notre colonie et que celle-ci vient d'être mise en libre pratique. Les vents frais sont complètement établis et la colonie jouit actuellement d'une bonne température.

***

NOMINATIONS. — Notre confrère, M. le docteur Girerd, rédacteur du *Siècle médical*, vient d'être nommé chirurgien de la Compagnie du Canal interocéanique à Panama.

***

COURS LIBRES. — A partir du 11 janvier, M. le docteur Després, chirurgien de la Charité, fera tous les mercredis, à neuf heures et demie du matin, des leçons de clinique chirurgicale dans l'un des amphithéâtres de cet hôpital.

— M. le docteur Doléris fera son cours le jeudi et le samedi de chaque semaine, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique (rue de l'École-de-Médecine).

***

LEGS CAMILLE GODARD. — M. Camille Godard a légué à la Faculté de médecine de Bordeaux : 1° une somme de 100,000 francs destinée à la création d'un jardin botanique pour la Faculté; 2° une rente annuelle de 3,000 francs qui devra être décernée en prix aux élèves de la Faculté.

***

NOUVELLES VOITURES-BRANCARDS. — Trois voitures-brancards destinées au transport des blessés et des malades atteints d'affections contagieuses ont été officiellement reçues à la préfecture de police en présence de M. Cambon, secrétaire général, de M. le docteur Voisin, médecin-adjoint du Dépôt de la préfecture, et de M. Lamouroux, conseiller municipal.

La suspension de ces voitures paraît être dans les meilleures conditions tant sous le rapport des essieux que du système de lit-brancard à l'intérieur. Un appareil de chauffage très ingénieux permet de brûler des briquettes de charbon de Paris et entretient une chaleur de 18 à 20 degrés. Une petite cheminée d'appel sert au dégagement du gaz résultant de la combustion. Enfin l'épuration de l'intérieur se fait aisément à l'aide de l'acide nitreux.

En attendant que chaque arrondissement de Paris puisse avoir sa voiture-brancard, les trois véhicules reçus par l'administration sont destinés l'un à la préfecture de police, et les deux autres aux mairies du 13° et du 18° arrondissement. Trois autres voitures devront être mises en usage pour l'exercice 1882.

***

On se souvient de la discussion qui a eu lieu à la séance du 26 octobre 1881 de la Société de chirurgie à propos du rapport du docteur Monod sur l'opération exécutée par le docteur Bois, d'Aurillac, et appelée improprement *opération de Petersen*. Nous tenons à rappeler à nos lecteurs que nous avons publié dans le numéro 34, 1875, de la GAZETTE MÉDICALE, un travail du docteur Benjamin Milliot, intitulé : *De la méthode opératoire par ballonnement*, et dans lequel ce confrère a exposé son procédé opératoire, érigé par lui en méthode. C'est donc opération Milliot et non Petersen qu'il faudrait appeler le procédé qui consiste à employer les vessies en

caoutchouc dans certaines opérations. Si nous rappelons le travail du docteur Milliot, c'est pour faire ressortir qu'il serait bon de rechercher la paternité de tel ou tel autre procédé de guérison chez nous avant de le signaler comme de provenance étrangère.

M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, commencera son cours d'urologie clinique, au laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité, le lundi 16 janvier, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis à la même heure.

Les élèves seront exercés aux analyses des principaux éléments de l'urine.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 23 DÉCEMBRE AU JEUDI 29 DÉCEMBRE 1881

Fièvre typhoïde 25. — Variole 9. — Rougeole 12. — Scarlatine 7. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup 62. — Dysenterie 0. — Erysipèle 7. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 196. — Autres tuberculoses 12 — Autres affections générales 69 — Malformation et débilité des âges extrêmes 61. — Bronchite aiguë 53. — Pneumonie 87. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 39. — au sein et mixte 22. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 82. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 1,092 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

— NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, illustré de figures intercalées dans le texte. — Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud, — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera d'environ 35 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. — Tome XXX, 1881, 1 vol. in-8° de 890 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr.

Les principaux articles du tome XXX sont : Pendarthrose, par Denucé ; Psoïtis, par Heurtaux ; Psoriasis, Purpura, Pustules, par Hardy ; Pterygion, par Panas ; Pubis, par Schwartz ; Puerpéral (État) et Puerpérale (fièvre), par Stoltz ; Pulvérisation, par Beni-Barde ; Pupille, par Abadie et de Beurmann ; Purgatifs et Régime, par Laton ; Purulente (Infection), par Alphonse Guérin ; Quinquina, par Prunier et Guès ; Rachis et Rachitisme, par Lannelongue ; Rage, par Signol et Doléris ; Rate, par M. Jeannel ; Rectum, par Gosselin et Dubar ; Rein, par Marduel et Labadie-Lagrave, etc.

DUBRISAY (J.). — DE LA RÉORGANISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENTS DANS LES HOPITAUX ET CHEZ LES SAGES-FEMMES AGRÉÉES, IN-8°, 1881. — Prix : 1 fr. 50.

ÉTUDE SUR LES TRANSPOSITIONS VISCÉRALES, par le docteur Vallienne in-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 13 janvier 1882.

Académie de médecine ; LES MICROBES DANS LA DÉGÉNÉRESCENCE GRANULO-GRAISSEUSE DES TISSUS. — *Académie des sciences :* PRODUCTION ARTIFICIELLE DES ÉLÉMENTS ORGANIQUES.

L'Académie de médecine a failli chômer mardi dernier faute de lectures ou de discussion inscrites à l'ordre du jour : notre collaborateur, M. Balzer, a sauvé la situation en faisant une commnnication très intéressante sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus et le rôle que le parasitisme peut jouer dans ce processus morbide.

Dans deux cas, l'un de xanthelasma, l'autre d'ictère grave (1), où la dégénérescence granulo-graisseuse paraît être la lésion caractéristique de la maladie, M. Balzer, outre les lésions connues, a trouvé des granulations qu'il a soumises à divers réactifs pour en déterminer la nature, et qu'il tend à considérer comme des microbes. Ces microbes exerceraient, sur les tissus au sein desquels ils se trouvent, une double action, irritative d'abord (sclérose), destructive ensuite (fonte granulo-graisseuse). Les maladies caractérisées par la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus, comme les deux mentionnées plus haut, rentreraient ainsi dans le cadre des maladies infectieuses.

M. Balzer fait sagement des réserves sur les conclusions générales de son travail. Il a eu surtout pour but, par sa communication à l'Académie, de provoquer des recherches analogues aux siennes. Nous ne pouvons qu'imiter sa prudence en nous abstenant nous-même de toute appréciation prématurée. Quand les observations se seront multipliées et pourront exercer les unes sur les autres un contrôle réciproque suffisant, on verra s'il y a lieu ou non de marquer un fait de plus à l'actif de la théorie parasitaire.

— Quel que soit l'avenir de cette théorie, elle aura eu toujours pour résultat de donner une impulsion remarquable aux recherches expérimentales, au mouvement scientifique. Physiologistes, pathologistes, histologistes, chimistes, etc., se sont mis à l'œuvre et ont rivalisé de zèle pour apporter des matériaux : nos Académies et nos Sociétés savantes reçoivent chaque jour des communications sur quelque point de ce vaste sujet. Parmi les dernières de ces communications, nous en signalerons une qu'on trouvera plus loin au compte rendu de l'Académie des sciences, et qui nous paraît offrir un grand intérêt en prémunissant contre des conclusions hâtives dans des recherches analogues à celles de M. Balzer : il s'agit de la production artificielle des formes des éléments organiques. Si les produits pseudo-organiques dont il est question dans ce travail sont absolument semblables, sous le rapport de leur constitution comme sous celui de leur forme, aux éléments

(1) Voir l'action pathogénique du lupin dans l'ictère grave chez les moutons, dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1881, n° 42, p. 589.

FEUILLETON

II. CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Continuation du tableau politique et social de la Chine. — Système particulier de centralisation et de décentralisation. — Causes de la résistance à l'acceptation des idées occidentales.

Cependant, après tant de siècles écoulés, la constitution politique et sociale de la Chine se tient debout, vacillante peut-être, mais sans avoir perdu l'équilibre stable qui lui permet encore de résister aux secousses les plus violentes comme aux ébranlements les plus répétés. Le jeu du gouvernement politique ou administratif s'exerce sur une surface immense, où les voies de communication sont tellement imparfaites que, à moins de circonstances exceptionnellement favorables il faut plusieurs mois pour atteindre la capitale, d'une extrémité de l'empire. Si l'ensemble de la population est d'un caractère doux, patient et soumis, plus d'une région se signale par un esprit inquiet et turbulent, et, au centre même de l'empire, des sortes d'enclaves recèlent encore des peuples insoumis.

La plupart des administrations locales ne sèment autour d'elles que la désaffection et le mépris. La vénalité de la justice n'a d'égale que l'atrocité de ses procédés. La misère couvre la surface d'un sol, le plus riche peut-être qu'il y ait au monde ; et, alors que les vicissitudes des saisons exposent incessamment des populations entières aux plus épouvantables scènes de famine et de désolation dont le moyen âge ait fourni parmi nous des exemples, l'intervention du gouvernement ne s'y révèle jamais alors que par des mesures insignifiantes ou des démonstrations puériles. Des associations secrètes, dont les plus considérables sont celle de la *Triade* et celle du *Lys blanc* (*White Lily*), forment des associations redoutables qui, tout en dégénérant le plus souvent en actes de pur banditisme, n'en gardent pas moins un prestige national, ayant

(1) Voir le numéro du 7 janvier.

figurés dont sont construits les organismes, on comprend avec quelle réserve on doit donner à des granulations le nom et les attributs de microbes.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR BLANCHE DU GENOU ; ANKYLOSE DE L'ARTICULATION OU AMPUTATION DE LA CUISSE.

Conférence de M. le docteur NICAISE, à l'hôpital Laënnec, recueillie par M. VARÈLE et revue par le professeur.

Nous avons eu depuis plusieurs mois un certain nombre de malades atteints d'affections du genou, dont quelques-uns mêmes sont en ce moment dans nos salles. Cinq d'entre eux ont été amputés de la cuisse pour une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale s'accompagnant d'abcès par congestion et de fistules. Tous les cinq ont guéri d'une façon remarquable, eu égard à leur état général qui était mauvais chez la plupart d'entre eux.

Les individus atteints de tumeur blanche du genou sont en général prédisposés à cette affection par une constitution lymphatique ou scrofuleuse. Quelquefois aussi cette lésion se rencontre chez des sujets rhumatisants dont la constitution est dans un état de misère organique tel qu'il favorise la formation du tissu fongueux dans l'articulation, le développement d'une arthrite fongueuse. De nos cinq malades, en effet, l'un, no 14, est à la fois scrofuleux et tuberculeux; un autre, no 3, est rhumatisant et tuberculeux; trois sont lymphatiques, les nos 15, 16, 17.

Le point de départ de l'arthrite a été, chez le no 15, une contusion violente du genou, et, chez le no 3, des poussées successives de rhumatisme. Quant aux trois autres (16, 17 et 19), la maladie s'est développée lentement, sans cause appréciable nettement déterminée.

Un fait remarquable, c'est que, chez quatre d'entre ces malades, la date du début remontait à quatre ans ou quatre ans et demi; ainsi, le no 3, quatre ans et demi (mars 1877); les nos 15, 17 et 19, quatre ans; seul le no 16, qui est encore dans nos salles également, a vu les premiers accidents survenir il y a dix ans. Quant à l'âge auquel la maladie a débuté, il varie entre vingt et un et quarante-deux ans (21, 27, 29, 38 et 42 ans).

Chez tous, la marche de l'affection a été irrégulière; tantôt on constatait une aggravation, tantôt une amélioration, une fausse guérison, et le malade reprenait son travail ; puis survenait une rechute qui guérissait encore; enfin, de rechutes en rechutes, le mal augmentait, s'accompagnant, à un moment donné, de complications sérieuses. Cette marche est assez ordinaire du reste, à cause des difficultés que présente le traitement. On n'ose pas en effet, tout d'abord, chercher à obtenir une ankylose qui cependant serait, dans la plupart des cas, la terminaison la plus heureuse.

L'histoire du no 16 est particulièrement intéressante. C'est un individu qui a été atteint, pour la première fois, en 1870; à cette époque, le genou a commencé à augmenter de volume, à devenir un peu douloureux ; néanmoins cet homme put continuer à travailler jusqu'au moment où il dut satisfaire à la loi du recrutement militaire. Mais, soldat en 1874, il eut un surcroît de fatigues tel que, quelques mois après son arrrivée au corps, il entrait à l'hôpital militaire, où on le traita pour une tumeur blanche. Guéri des accidents dont il souffrait, il eut une première rechute au bout de trois mois, qui nécessita, cette fois, un séjour de onze mois à l'hôpital militaire. C'est à la suite de ces nouveaux accidents, en 1876, qu'il fut réformé.

Un peu plus tard, se trouvant beaucoup mieux, il entra dans une Compagnie de chemin de fer, mais les travaux dont il s'y trouva chargé furent trop fatigants pour lui. C'est alors que, au mois de janvier dernier, atteint d'une nouvelle rechute, il se décida à entrer à l'hôpital Laënnec, où vous l'avez pu voir encore ce matin à la visite.

Nous l'avons soigné dans nos salles, espérant pendant plusieurs mois que nous obtiendrions une amélioration qui nous permît de lui conserver le membre malade; mais, malgré tous nos efforts, le mal a constamment progressé et nous a forcé dans ces derniers temps à pratiquer l'amputation de la cuisse.

Telle est, du reste, trop fréquemment, la marche des tumeurs blanches, à moins que dès le début on ne puisse les traiter par l'immobilisation en vue d'une ankylose et de la conservation du membre. Mais le désir de recouvrer l'usage de son genou fait que le malade se résigne difficilement à cette terminaison.

---

toutes arboré le drapeau de la dynastie des Ming, les Stuarts de la Chine.

Il n'existe pas de police, hormis celle que l'esprit municipal a su créer spontanément, mais à son propre usage. Les soldats représentent, avec les prêtres, la partie la plus méprisée de la population, et si, avec l'aide de l'étranger, certaines parties de l'armée sont aujourd'hui réorganisées avec quelques résultats apparents, il ne semble pas qu'aucune force lui ait encore été acquise sous le rapport de l'organisation et de la mobilité.

Depuis longtemps, sans doute, la source à laquelle peuvent s'alimenter les travaux publics était tarie, car tout se lézarde et s'écroule : dans les villes les murailles qui les protègent, les drainages qui les assainissent; dans les campagnes les ponts, qui permettent seuls les communications terrestres, les berges qui assurent les routes fluviales, presque exclusivement usitées.

Les établissements de bienfaisance tombent de décrépitude, les temples s'entretiennent à peine; les pagodes seules se dressent encore avec orgueil, parce qu'elles sont l'œuvre exclusive et l'emblème des localités.

Enfin le prestige du gouvernement impérial a été profondément ébranlé par les coups qu'il a reçus des étrangers; et, s'il a survécu récemment à la formidable insurrection des Taëpings, on sait bien que c'est à leur seule intervention qu'il a dû son salut, et qu'il eût suffi de leur neutralité pour le précipiter dans le néant, bien que la fureur dévastatrice de ces hordes stupides ne leur eût permis de rencontrer aucun appui parmi les populations dont elles étaient sorties elles-mêmes.

Cependant le gouvernement de Péking y règne encore en maître absolu et conserve une force et une autorité en apparence incontestées. C'est un singulier mélange de centralisation et de décentralisation, de l'autocratie la plus inflexible et de la liberté la plus absolue.

En haut, le gouvernement et l'administration; en bas, le peuple, riche ou pauvre, bourgeois ou prolétaires ; au milieu, la classe des lettrés où se recrute exclusivement l'innombrable armée des fonctionnaires. Aucune aristocratie, car on ne peut donner ce nom aux membres et aux descendants des familles impériales, dont l'unique privilège est de porter des vêtements jaunes.

Le gouvernement, qu'on pourrait dire impersonnel, car les embarras d'une régence à long terme ne transpirent pas au dehors,

Les complications les plus ordinaires de la tumeur blanche du genou sont, soit des abcès situés en dehors de l'articulation et sans communication avec elle, soit des abcès dus à la rupture de la synoviale, donnant lieu à des collections périarticulaires.

Notre malade du n° 15 portait ainsi deux abcès, l'un à la jambe, l'autre à la cuisse, contenant un liquide séreux ou mieux séro-purulent louche et jaunâtre.

Ces abcès, soit qu'ils s'ouvrent spontanément, soit que l'on intervienne pour donner issue au liquide qu'ils renferment, laissent généralement, à leur suite, des fistules difficiles à guérir, surtout si le sujet est déjà d'un certain âge. Nos cinq malades présentaient tous des trajets fistuleux. Tous cinq ont été traités tout d'abord par la thérapeutique ordinaire en pareils cas, c'est-à-dire par l'immobilisation dans une gouttière, les appareils silicatés, les appareils plâtrés, par les vésicatoires et les pointes de feu.

Au début du traitement, chez quelques-uns, on obtient une amélioration plus ou moins grande, parfois même la guérison, sinon définitive, tout au moins momentanée; chez d'autres, le résultat est nul. Il est bien entendu qu'à cette thérapeutique locale on associe un traitement général.

Ces différents moyens, employés chez nos cinq malades, n'ont pas réussi à obtenir la conservation du membre malade et nous avons dû procéder, à un moment donné, à l'amputation de la cuisse. Dans deux cas nous avons pratiqué l'amputation à deux lambeaux, dans les trois autres nous avons fait l'amputation circulaire. D'après les résultats obtenus, non seulement chez ces malades, mais encore dans des circonstances analogues chez d'autres individus, je suis porté à considérer la première méthode comme préférable pour une bonne amputation du moignon, quelle que soit la hauteur à laquelle on doive pratiquer l'amputation de la cuisse. En effet les deux malades opérés par le procédé à deux lambeaux nous ont montré un moignon plus épais, plus résistant; les trois autres, tout en guérissant aussi bien, ont un moignon moins rembourré, par suite dans de moins bonnes conditions de solidité et de résistance.

Chez mes cinq malades, j'ai fait l'amputation sous-périostée, méthode déjà recommandée par plusieurs chirurgiens, mais qui n'a guère été acceptée et que la méthode antiseptique va nous permettre, j'espère, de reprendre avec profit. Elle présente le grand avantage de laisser l'extrémité supérieure de l'os en rapport avec un manchon de périoste. L'os reste alors en rapport avec une membrane destinée physiologiquement à être en contact avec lui, au lieu de se trouver directement en contact avec le tissu musculaire ou cellulaire. Nous obtenons ainsi beaucoup plus facilement la réunion par première intention. Chez deux de mes amputés de cuisse, cette réunion fut immédiate, non seulement dans les lambeaux, mais aussi à la surface de l'os, de telle sorte qu'un seul pansement a suffi. Chez les trois autres amputés, si la réunion n'a pas été immédiate dans la profondeur, elle a été rapide néanmoins, et quatre des malades ont pu se lever dès le vingtième ou le vingt et unième jour.

Je dirai ici, en passant, que je ne laisse pas les amputés de cuisse se lever avant le quinzième jour, afin de permettre aux artères d'être bien cicatrisées.

Nos cinq amputés ont guéri rapidement de l'opération, bien que deux d'entre eux présentassent un état général mauvais. Le premier surtout, opéré le 23 novembre, (le n 3 et le n. 19) a grand'peine encore aujourd'hui à se relever de cette sorte de déchéance physique dans laquelle il se trouvait; il offre du reste, depuis un certain temps déjà, des signes manifestes de tuberculose. Aussi ne lui ai-je fait subir l'amputation de la cuisse que parce que sans notre intervention la mort était fatale à bref délai. Il en est de même du 19, avec cette différence que chez lui l'état général s'est notablement amélioré depuis l'opération.

Ceci dit, il nous reste encore une importante question à traiter, je veux parler de l'état anatomo-pathologique des tissus atteints dans le cas de tumeur blanche. Pour cela, nous allons étudier les résultats que nous a donnés l'examen des membres amputés, les altérations péri-articulaires, articulaires, synoviales et osseuses.

Autour des articulations, nous avons trouvé des masses fongueuses, développées dans le tissu cellulaire péri-articulaire et sans communication avec celles qui se sont formées dans l'articulation, c'est-à-dire une péri-arthrite fongueuse donnant lieu ou non à des sortes d'abcès froids péri-articulaires sans rapport direct avec l'articulation elle-même.

Chez deux de nos malades, nous avons trouvé une infiltration séro-plastique ou fibro-plastique, résistante, quelquefois très épaisse (les nos 15 et 17), et comme graisseuse. Chez le no 16, cette infiltration était telle que nous avons cru pendant quelque temps à l'existence d'un ostéo-sarcome du genou.

---

tient entre ses mains les fils multipliés d'une administration dont les moindres détails doivent remonter jusqu'à lui. Armé d'une législation dont les minutieuses complications semblent avoir tout prévu, rien ne paraît devoir échapper à un système infaillible d'informations.

La dynastie conquérante qui, malgré des résistances isolées, s'est si facilement substituée, il y a 250 ans, aux vieilles familles nationales, était impuissante à remplacer par ses propres agents les fonctionnaires sans nombre qui couvraient le sol de l'empire. Contrainte de laisser en place ou d'instituer de hauts fonctionnaires indigènes, elle a limité à trois ans la durée de l'exercice de chacun d'eux. Cette règle est encore suivie avec assez de ponctualité. Si le nouveau gouvernement est parvenu à se soustraire ainsi, pour le présent comme pour l'avenir, au danger des influences locales, il a en même temps développé l'esprit de convoitise et de vénalité des fonctionnaires pressés de s'assurer, aux dépens des populations, le prix de services qui peuvent n'avoir pas de lendemain. Il a encore atténué ainsi la puissance des gouverneurs de province, que les étrangers appellent *vice-rois*, et auxquels appartient, par une singulière dérogation au pouvoir central, la libre disposition des forces de terre et de mer afférentes à leur gouvernement. En effet, leur autorité, comme celle des différentes classes de mandarins, ne tient qu'à un fil, et la GAZETTE OFFICIELLE DE L'EMPIRE est remplie des remontrances, des blâmes et des dégradations que les plus hauts personnages ont à subir sans tenter d'y échapper. Mais l'éloignement des communications, la corruption réciproque, un relâchement profond des mœurs administratives, tout en laissant intact jusqu'ici le pouvoir central, rend, jusqu'à un certain point, illusoire le contrôle, si ce n'est l'autorité, qu'il exerce sur ses agents de toutes les classes.

Si des hauteurs du gouvernement le plus absolu qui existe, qu sait trouver dans une législation, modèle en apparence d'ordre, de justice et de moralisation, tous les moyens de s'y soustraire, nous descendons au bas de la société, nous rencontrons le peuple le plus libre qu'on puisse imaginer. Le Chinois peut aller, venir, agir à sa guise sans en rendre compte à qui que ce soit: aucun contrôle, aucune police personnelle; aucune trace d'état civil; quelques vains essais de statistique; rien, hors une organisation municipale absolument indépendante, hors une tendance à l'association qui est la seule protection contre l'abus ou contre l'inertie.

Ce n'est qu'après avoir fait l'arthrotomie, après avoir ouvert une collection séreuse, qu'un examen histologique nous a montré que nous n'avions pas affaire à un ostéo-sarcome, mais bien à un tissu fibreux, infiltré de graisse, résultant d'un état inflammatoire ancien. Ce tissu, développé autour d'une partie de la synoviale, la repoussait devant lui et envoyait des prolongements dans l'articulation. Il en était de même chez le malade du nº 17, mais à un degré moindre. C'est à la formation de ce tissu fibro-plastique que nous devions le développement considérable du genou chez ces deux malades.

Nous avons trouvé, de plus, des abcès de voisinage dus à la suppuration de petites tumeurs dites gommes scrofuleuses ou à la perforation de la synoviale. On rencontre aussi quelquefois, dans ces cas, des masses caséeuses développées autour de l'articulation et au milieu du tissu fongueux.

Chez certains malades, la synoviale fongueuse est recouverte par des débris de pus concrets, jaunâtres, au-dessous desquels on trouve des lamelles fongueuses d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres, renfermant quelques vaisseaux et se détachant assez facilement; chez nos malades, le tissu fongueux ne présentait pas la forme de bourgeons, de végétations; chez tous, il était disposé en lamelles régulières à la surface de la synoviale. Ces lamelles enlevées, on trouve souvent, au-dessous d'elles, une dernière lamelle plus mince, qui est aussi beaucoup plus adhérente à la synoviale.

Chez le nº 19, la lésion de la synoviale était remarquable. Chez lui, le genou avait acquis un développement énorme, dû à la production de tissu fongueux intra-articulaire. Sur la facette articulaire de la rotule, il existait une couche de tissu fongueux d'une épaisseur d'un centimètre. Tout le cul-de-sac supérieur de l'articulation était rempli de masses fongueuses. Celles-ci manquaient au contraire à la partie moyenne de l'articulation et les surfaces osseuses étaient en contact, tandis qu'en arrière on retrouvait, au niveau des condyles et des ligaments glénoïdiens, un tissu fongueux très épais. La jambe était dans l'extension.

Le tissu fongueux était lui-même le siége de certaines altérations; il renfermait de petites collections purulentes isolées, contenant un pus fluide, jaunâtre, sale et dont les parois étaient formées par une nouvelle lamelle fongueuse séparable de la première.

C'étaient donc là de véritables abcès intra-fongueux, à parois propres, formées par une lamelle fongueuse spéciale.

Chez plusieurs de nos amputés, la cavité articulaire était diminuée par la formation de tissu fongueux sur les surfaces articulaires. C'est ainsi que le tissu développé sur la rotule s'unissait par accolement des surfaces à celui du fémur. On voit aussi quelquefois, en outre, des tractus fongueux s'étendant d'un point à un autre de l'articulation dont ils contribuent encore à diminuer la cavité.

Quant au liquide articulaire, il est constitué par un pus plus ou moins épais, quelquefois à peine coloré par des globules purulents. Le nº 15, entre autres, présentait un écoulement articulaire à peu près transparent. Ce n'en était pas moins un exsudat inflammatoire contenant des globules de pus.

Les cartilages, presque toujours altérés, se ramollissent, se détachent des surfaces osseuses, tombent et se détruisent. Chez l'enfant, le cartilage est plus souvent conservé et recouvert par le tissu fongueux, offrant ainsi un état beaucoup plus favorable à la guérison.

L'altération du cartilage semi-lunaire est tout à fait particulière; sa destruction paraît se faire de très bonne heure, plus tôt que celle des surfaces cartilagineuses qui recouvrent les os. C'est à cette disparition du cartilage que peut être attribuée la subluxation du tibia sur le fémur, que l'on observe assez souvent dans les cas de tumeur blanche du genou.

L'étude des surfaces osseuses est aussi très importante à faire et, sous ce rapport, nos malades nous ont présenté des faits fort intéressants. En effet, lorsque les os ne sont pas érodés, qu'ils ne sont pas ulcérés, on peut encore espérer obtenir l'ankylose, tandis que s'il existe quelque éburnation, quelque nécrose superficielle, la guérison du malade n'est plus guère possible sans l'intervention chirurgicale, la résection ou l'amputation. Nos malades ont présenté soit une érosion des os, une nécrose superficielle avec un petit séquestre, soit une éburnation des os qui, dans tous les cas, étaient recouverts et infiltrés de tissu fongueux à leur surface, ainsi que les coupes du fémur et du tibia nous l'ont démontré.

En effet nous avons constaté pour le fémur, chez deux de nos amputés, une vascularisation intense de l'épiphyse dans les points correspondant aux surfaces articulaires, puis, de ces points à la ligne de séparation de l'épiphyse et de la diaphyse, une couche de tissu spongieux d'apparence normale, au-dessus de laquelle existait à l'extrémité de la diaphyse immédiatement au-dessus de son union avec l'épiphyse, une

---

de l'autorité. A l'homme à qui sa fortune, ou son génie, ou souvent la charité, a permis l'étude, tous les grades sont ouverts. Les concours du littérariat sont libres pour tous sans condition. Les épreuves en ont perdu, il est vrai, l'esprit de justice et d'impartialité qui faisait le vieil orgueil de la Chine. Cependant les trois degrés de la science sont toujours ouverts, et ainsi la porte des emplois les plus lucratifs comme les plus hautes fonctions.

Là est le secret sans doute de cette société que tant de causes de trouble et de destruction menacent. Ce n'est pas qu'il ne se produise ici comme ailleurs une classe de demi-savants que le défaut d'intelligence ou de persévérance retient aux derniers rangs, et que le mécontentement excite contre un ordre social qu'ils accusent de n'avoir pas su les accueillir. Mais il n'en est pas moins certain qu'il y a là un immense débouché qui ouvre la plus vaste carrière aux ambitions, aux impatiences, aux désirs, et les entraîne dans la révolution sociale où, une fois engrenés, ils deviennent les agents forcés d'une organisation sans laquelle ils n'existeraient pas.

Là est aussi l'origine de la résistance opiniâtre que la société chinoise oppose à l'invasion occidentale, toute pacifique et bienfaisante que puisse être celle-ci. Il faut bien reconnaître d'ailleurs que les points de contact ont été jusqu'ici très limités. Si le gouvernement impérial a eu le temps de se familiariser avec l'esprit de notre monde moderne, et si les populations voisines des ports ouverts ont pu s'accoutumer au spectacle des choses européennes, l'immense majorité de ce vaste empire reste encore dans une ignorance absolue au sujet de ce qui nous concerne.

Sans doute, bien des erreurs ont dû être corrigées, bien des fables oubliées: nous ne sommes plus des *barbares* aux yeux des Chinois qui nous ont approchés. Mais nous sommes des étrangers, nous offrons à leurs regards des habitudes et des conceptions tout autres que celles que de longues suites de générations leur ont transmises. Nous ne pouvons exiger qu'ils consentent si tôt à humilier leur passé séculaire devant notre présent né d'hier, leur sagesse héréditaire devant notre esprit nouveau, des habitudes qui leur ont paru jusqu'ici bonnes et suffisantes devant des coutumes dont la supériorité ne saurait les frapper à notre guise.

Il y a à peine quarante ans que l'Occident a pris pied en Chine; il n'y a guère plus de vingt ans qu'il s'y est créé de véritables installations. On ne peut raisonnablement s'attendre à ce qu'une

couche d'ostéo-myélite congestive analogue à celle qui existait au-dessus des surfaces articulaires.

Les mêmes altérations existaient sur le tibia, c'est-à-dire que l'épiphyse supérieure présentait une première couche rouge, plus ou moins fortement injectée, chez nos différents malades, une seconde couche, celle-ci jaune, d'apparence normale, puis une troisième offrant une vascularisation intense, en un mot une série de trois couches successives, deux malades séparées par une couche saine, lésions en réalité impossibles à reconnaître sur le vivant, faute de signes cliniques appréciables. Cette disposition explique l'insuccès qu'en pareil cas donnerait la réduction des os, si l'on n'enlevait que la couche superficielle de l'épiphyse.

Quant à la rotule, elle nous a présenté deux fois un léger degré d'éburnation; nous avions déjà constaté la même lésion sur d'autres amputés de cuisse.

Chez le malade du no 15, dont les accidents avaient débuté par une contusion du tibia, l'extrémité inférieure du fémur était un peu éburnée, mais il n'existait pas de séquestre. Par contre, le tibia présentait dans son épaisseur, au niveau de la partie centrale de son extrémité supérieure, un séquestre aseptique, qui n'avait aucun rapport avec la cavité articulaire. Ce sequestre n'était environné d'aucun liquide purulent ou autre, communiquant avec l'articulation. Il était en contact direct soit avec l'os lui-même, soit, en certains points, avec du tissu embryonnaire développé autour de lui; en d'autres termes, il y avait un commencement de travail de réparation. Il faut distinguer deux espèces de séquestres, les uns noirs, grisâtres, en voie de décomposition, de putréfaction, comme on les rencontre le plus souvent; les autres constituant ce que l'on appelle la nécrobiose, dans laquelle les éléments anatomiques sont bien morts, et où l'on a affaire à un séquestre véritable, mais dans des conditions particulières.

NEUROLOGIE

Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie, par le docteur E. Régis, chef de clinique des maladies mentales.

1o Coexistence possible, même chez l'homme, de la paralysie générale et de l'hystérie. — 2o influence de l'hystérie sur la forme, la marche et la durée de la paralysie générale.

On a beaucoup écrit sur la *Paralysie générale* et sur l'*Hystérie*. Je ne crois pas cependant que la question des rapports de ces deux affections ait jamais été l'objet d'une étude particulière, ni même qu'on ait signalé la possibilité de leur coexistence. En tout cas, je n'ai trouvé nulle part trace d'indication à cet égard, pas même dans les mémoires ayant spécialement trait à l'étude des accidents convulsifs dans la paralysie générale.

M. Auguste Voisin seul, dans son récent *Traité de la paralysie générale des aliénés*, dit incidemment qu'on observe parfois, dans le cours de la maladie, des attaques hystériformes analogues à celles de l'hystéro-épilepsie. Encore fait-il remarquer que ces attaques sont bien loin d'être fréquentes et qu'on ne peut en expliquer la pathogénie. Et l'auteur ajoute, sous forme de conclusion : « *Ces accidents, rares chez la femme, n'ont jamais été observés chez l'homme.* »

Le fait que je vais rapporter, et dans lequel il s'agit non pas seulement de complications convulsives à type hystériforme survenues chez un homme atteint de paralysie générale, mais de la coexistence réelle de la paralysie générale et de l'hystérie chez un individu du sexe masculin, constitue donc un cas exceptionnel, et à ce titre offre le plus grand intérêt.

L'observation n'a pas d'ailleurs que l'attrait de la nouveauté. Elle semble établir, et c'est là un mérite incontestablement plus important, que lorsque l'hystérie s'associe à la paralysie générale, cette association de deux états pathologiques qu'on dirait antagonistes a pour résultat de modifier la physionomie habituelle et la marche de la maladie cérébrale, en lui imprimant un cachet névropathique des mieux caractérisés, et une allure à la fois chronique et rémittente.

Je vais d'abord rapporter le fait. Je développerai ensuite en quelques mots les considérations auxquelles il donne lieu.

---

immense population, habituée, depuis les époques les plus reculées, à régner par la suprématie de son intelligence, comme par la force de ses armes, sur le monde connu d'elle, viendra s'incliner d'abord devant un monde nouveau à peine entrevu, s'inféoder à lui et en accepter les présents mêmes, sans un premier sentiment de méfiance et de crainte.

Le gouvernement chinois est donc dans son rôle lorsqu'il résiste et se défend contre les menaces et les séductions. La société administrative et cultivée, qui se confond dans une sorte de caste unique, lutte de son côté pour sa propre existence que le triomphe des idées occidentales menace d'une destruction complète. Ce n'est point un esprit de patriotisme qui l'anime : c'est pour l'intérêt personnel et pour la vie qu'elle combat.

Quant au peuple, souffrant, mais facile à contenter, laborieux, mais incapable d'efforts spontanés, curieux, mais dépourvu d'enthousiasme, absolument fermé à tout fanatisme, religieux ou national, il n'opposera aucune résistance qu'une patiente inertie et un attachement instinctif aux idées transmises par l'hérédité. Les armes lui sont inconnues. La violence lui répugne. Sans doute, il ne faut pas identifier les populations mobiles et turbulentes du midi de la Chine avec celles du Nord, apathiques et paisibles; les habitants des provinces maritimes, promptement familiarisés avec le commerce étranger, qui satisfait leurs instincts de négoce et leur cupidité naturelle, avec les provinces de l'Ouest, à qui leur isolement de l'étranger a laissé tout leur orgueil de race et à qui, peut-être, le voisinage de régions sauvages et indomptées a communiqué un caractère inquiet et farouche. Cependant les étrangers parcourent avec sécurité ces immenses étendues, sans armes et sans suite. Les seules régions véritablement dangereuses sont celles où, précisément, l'autorité du gouvernement est méconnue, c'est-à-dire des enclaves montagneuses qui ont su se conserver une indépendance absolue ou relative, en dehors de l'ordre social qui les enserre de toutes parts sans avoir encore pu les entamer. Nos missionnaires mènent partout une existence le plus souvent assez misérable, mais généralement paisible et mieux tolérée qu'elle ne le serait en aucun point de l'Europe.

Les œuvres de violence, qu'elles revêtent une couleur religieuse ou politique, ne sont point en général le fait du peuple lui-même, mais du gouvernement, lorsqu'il juge à propos de provoquer quelque manifestation de ce genre, ou des mandarins qu'un intérêt

OBS. — HÉRÉDITÉ NERVEUSE. HYSTÉRIE, PUIS PARALYSIE GÉNÉRALE. COEXISTENCE DES DEUX AFFECTIONS ET ASSOCIATION DE LEURS SYMPTÔMES, D'OU APPARITION, CHEZ LE MALADE D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE POUR AINSI DIRE NÉVROPATHIQUE, ACCOMPAGNÉE D'ATTAQUES HYSTÉRIQUES, D'HALLUCINATIONS, D'EXTASES, ETC., ET AFFECTANT UNE MARCHE A LA FOIS CHRONIQUE ET RÉMITTENTE. ETAT STATIONNAIRE PENDANT DEUX ANS. FIÈVRE TYPHOÏDE. MORT. AUTOPSIE.

R.. (Charles), coutelier, célibataire, âgé de 33 ans, entre à la clinique des maladies mentales (asile Sainte-Anne), le 13 décembre 1879.

Les quelques renseignements que nous obtenons de lui nous apprennent que, ne pouvant supporter l'existence, il avait tenté de mettre fin à ses jours en s'ouvrant les veines du pli du coude à chaque bras, et quo, relevé mourant et transporté à l'hôpital Lariboisière, il s'y était excité au point de rendre nécessaire son transfèrement à l'asile Sainte-Anne.

Le maladn se présente avec les symptômes d'une paralysie générale à forme mélancolique déjà en pleine évolution. Ces symptômes sont les suivants : 1o du côté physique, inégalité des pupilles, hésitation de la parole, frémissement des lèvres et des muscles de la face, tremblement de la langue et des mains; 2o du côté intellectuel, léger affaiblissement des facultés, idées mélancoliques confuses, dépression, demi-mutisme.

Certaines particularités, qui ne frappent pas tout d'abord l'attention, existent chez lui. Ainsi, il offre tous les attributs extérieurs du *féminisme*, et son caractère est bien plutôt celui d'un *névropathe* que celui d'un *paralytique général*.

Le 20 décembre, sept jours après son entrée dans le service, R.. tombe non pas en *attaque épileptiforme*, comme cela a habituellement lieu dans la paralysie générale. mais en *attaque hystérique*. Il est couché sur son lit, les bras en croix, raides, tétanisés, les mains ouvertes et étendues, dans l'attitude du crucifiement; la face est pâle, mais expressive et non grimaçante, les paupières fermées, les yeux non convulsés, les pupilles contractiles; la bouche conserve son attitude normale; il no s'en écoule ni salive, ni mousse sanglante; la sensibilité n'est point abolie; la circulation et la respiration s'effectuent d'une façon normale; le malade pousse des cris violents et plaintifs qui, à certains moments prennent le caractère de l'aboiement; les membres inférieurs sont agités de secousses cloniques désordonnées; ils se fléchissent, s'étendent et frappent le lit avec force, puis les mouvements cessent un instant et se renouvellent presque aussitôt. Les testicules sont douloureux.

Au bout de dix minutes environ, l'attaque prend fin subitement; le dernier cri se produit, les yeux se rouvrent, les bras se relâchent et reprennent leur position normale, les jambes gardent le repos. Le malade, interrogé, répond immédiatement; il a conscience de son attaque et est en pleine connaissance. Cinq minutes après, nouvelle crise convulsive, puis nouvelle pause, et ainsi de suite, en tout quinze attaques dans la soirée, progressivement plus faibles et de plus en plus éloignées les unes des autres. La dernière terminée, R.. ouvre les yeux et parle comme de coutume, mais il tombe aussitôt dans un accès d'agitation violente. Il se lève de son lit, paraît très effrayé et pousse des cris affreux en disant qu'on veut l'assassiner, le faire manger par des chiens, etc.; il aperçoit des animaux, des oiseaux, des hommes armés; il se montre tellement excité qu'on est obligé de le transporter dans une cellule. Le lendemain au matin, cette excitation s'est beaucoup calmée, mais elle reparaît le soir avec la même violence et se reproduit de la sorte pendant cinq jours consécutifs.

Au bout de ce temps, le malade devient complétement calme et reste dans cet état jusqu'au 4 janvier. Le matin de ce jour, il commence par refuser de manger; puis, à la visite, il a une attaque de crucifiement extatique, sans convulsions. Les bras sont étendus en croix, les jambes rapprochées, le corps raidi, la tête renversée; il est comme en extase, les yeux fixes et largement ouverts, et laisse échapper d'une voix lente et monotone des phrases entrecoupées qui expriment la succession de ses idées et les phénomènes hallucinatoires qu'il éprouve : « il se sent grandir, tous s s membres s'allongent et grossissent, il respire des odeurs de fleurs, il voit la Vierge, les saints, de beaux monuments, des nains et de petits nègres qui en sortent et qui ont peur de lui, etc. » A midi, cette crise prend fin, le malade mange.

Le doute n'était plus permis : R... était à la fois atteint d'*hystérie* et de *paralysie générale*. A dater de ce jour, il n'eut plus pendant quelque temps d'attaque convulsive, mais il conserva constamment et au plus haut degré son caractère névropathique. Il parlait peu, d'une voix douce et faible, d'un air timide et embarrassé; il tenait toujours ses yeux baissés et ne regardait jamais en face, prétendant que cela lui faisait mal. Très impressionnable, il était souvent pris de tremblements nerveux, il se fâchait très facilement et s'emportait pour un rien, surtout quand on faisait mine de le toucher. Il s'est toujours opposé, du reste, aux diverses manœuvres tentées en vue de le soumettre à l'hypnotisme.

Sur ces entrefaites, ses parents vinrent le voir, et les renseignements très détaillés qui me furent fournis m'apprirent qu'effectivement le malade était hystérique depuis sa jeunesse.

Voici ces renseignements, qu'il me paraît indispensable de résumer avant de poursuivre l'observation :

Le père de R... est vivant, bien portant.

Sa mère est hystérique (caractère névropathique très accentué,

---

personnel d'amour-propre ou de cupidité ou un sentiment de pure malveillance entraînent à des excès de zèle chinois. La misère et le vagabondage leur fournissent à bon compte des foules toujours prêtes à renverser un télégraphe ou à brûler des chapelles et, s'il le faut, à massacrer des gens sans défense. Tel est, en effet, le caractère à peu près constant des catastrophes qui viennent de temps en temps jeter sur le peuple chinois un vernis d'intolérance et de cruauté qui ne lui appartient pas.

Ce n'est donc pas le peuple chinois lui-même qui se refusera à l'association commencée des intérêts de l'Occident avec ceux de l'extrême Orient. Sans passion, difficile à entraîner, n'acceptant rien sur parole, cherchant à analyser, mais plein de sens pratique, avide du gain, mais du gain par le travail, il comprend bien, là où il se trouve en contact avec nous, tout ce qu'il a à gagner dans cette association. Il résiste naturellement à abandonner ce dont il a vécu jusqu'ici, mais il prendra volontiers sa part de ce qu'on lui apporte. Ce sera au temps de fondre ensemble notre présent et son passé.

Quant à l'organisation sociale qui a présidé jusqu'ici à ses destinées, elle est incompatible avec le contact de l'Occident; mais elle s'écroulera par le fait seul de ce contact, déjà lézardée qu'elle est par la vieillesse et le défaut d'entretien du monument qui la constitue.

Sera-ce un effondrement soudain, ou sera-t-il possible d'étayer à mesure les parties qui viendront à manquer? Le temps le dira. Ce qui me paraît certain, c'est que la Chine de l'avenir se reconstruira *de se*, et que l'idée d'une intervention directe de l'Europe dans sa rénovation ne peut être, heureusement pour elle, qu'une chimère (1).

A suivre. Dr DURAND FARDEL.

(1) *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, t. VI.

impressionnabilité maladive, tics nerveux, attaques convulsives).

Ses *deux sœurs* sont aussi toutes deux *très nerveuses*.

En ce qui le concerne, R... n'a pas eu de maladie grave dans le bas âge. Intelligent et bien doué, il a reçu une certaine instruction. Dès l'enfance, il a fait preuve d'un tempérament nerveux et d'un caractère bizarre. Il vivait toujours à l'écart, ne voulait voir personne, se montrait sombre, concentré, à la fois timide et hardi, doux et grossier. Imagination ardente. Esprit faussé par les lectures. Habitudes d'onanisme, devinées par les parents Mépris affecté pour les femmes.

A l'âge de vingt et un ans, R... est envoyé en Afrique comme militaire. Il en revient souffrant au bout de quelques mois, ayant contracté, au dire des siens, une mauvaise maladie, probablement la syphilis De fait, le médecin qui l'a soigné à cette époque m'a fait parvenir depuis un certificat qui confirme à cet égard l'hypothèse de la famille.

Je dois faire remarquer ici, au sujet de la syphilis, que pendant son séjour de deux ans à l'asile Sainte-Anne, le malade n'a présenté aucun symptôme de cette diathèse et que, par conséquent, il ne peut être considéré comme ayant été atteint de paralysie générale ou de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.

Il y a quelques années, ne pouvant plus s'entendre avec sa mère, R.. vint à Paris. On le fit entrer dans différents bureaux où il ne put rester longtemps, en raison de son caractère difficile et désagréable. Son cousin, qui l'a beaucoup connu à ce moment, affirme qu'il était en outre sujet à de fréquents accès de *somnambulisme*. Il se levait la nuit et se promenait dans sa chambre : on l'entendait marcher

Il y a deux ans, un soir qu'il était assis causant avec sa tante, il s'interrompt tout à coup et se met à crier : « *Je la vois, cette demoiselle! Elle est tout en bleu!* » Après quoi, il reprend tranquillement sa conversation. Il avait très souvent des mouvements d'impatience, s'emportait dans les discussions, devenait grossier, pleurait et suffoquait de colère sans pouvoir parler et en s'agitant convulsivement. Jamais cependant on ne l'a vu ni tomber ni avoir de véritable attaque de nerfs.

Au mois de juin 1879, il repart pour son pays ayant successivement perdu toutes ses places et ne trouvant plus de travail à Paris. Mais il revient au mois de décembre, parce que sa mère, ne pouvant plus le souffrir, avait quitté la maison et menaçait de n'y pas rentrer tant que son fils y resterait. Dès son arrivée, il étonne tous ceux qui le voient par la bizarrerie de son attitude et l'étrangeté de son langage. Le soir, il va passer la nuit chez une femme de rue. Le lendemain de bonne heure, il se lève, et, sans prendre le temps de se vêtir, il se précipite au dehors en s'écriant : « *On m'a volé!* » Il arrive ainsi chez sa tante, l'air égaré, sans pardessus, nu-pieds, par le froid intense qu'il faisait à cette époque d'un hiver des plus rigoureux. Aussitôt, il se plaint d'avoir été volé et demande des vêtements d'un ton brusque et grossier; puis il s'emporte, fait du bruit et sort furieux en disant qu'il ne reviendra plus. C'était le jeudi. Du jeudi au samedi, on ne sait ce qu'il est devenu. Le matin de ce jour, il est allé sur la route d'Epinay, où il s'est ouvert les veines; deux charretiers qui passaient l'ont relevé et conduit à l'hôpital Lariboisière. On sait le reste.

(A suivre.)

REVUE D'HYGIÈNE

DE L'INSALUBRITÉ DES CIMETIÈRES

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

4 MODIFICATIONS QUANTITATIVES DANS LES ÉLÉMENTS NORMAUX DE L'AIR.

Ces modifications sont les plus importantes et ressortent bien nettement des expériences de M. Schutzenberger :

Ces expériences ont été faites : 1° dans une partie du cimetière Montparnasse qui avait servi à recevoir les débris humains provenant des hôpitaux et où les cadavres, accumulés en masse sur une certaine épaisseur, n'avaient pu disparaître par combustion lente. On y trouvait, en effet, à une profondeur de 2 m. 50, une couche de débris organiques très épaisse;

2° Au-dessus de diverses fosses du cimetière des Invalides, contenant des cadavres plus ou moins récemment inhumés.

Si la proportion d'acide carbonique s'est trouvée variable avec la profondeur et le lieu, le volume de ce gaz était toujours à peu près complémentaire de celui de l'oxygène, c'est-à-dire que sur 100 volumes d'air on trouvait :

Azote.	80
Oxygène et acide carbonique..	20
Somme.... ...	100

« Ce résultat constant établit que l'acide carbonique est produit par une combustion lente aux dépens de l'oxygène et de la matière organique, et non par fermentation. Il s'accorde en tous points avec les observations de M. Boussingault sur la composition de l'air des sols arables. » (Schutzenberger.)

A la surface du sol, il n'y avait que 5 à 10 centigrammes d'acide carbonique pour 100 grammes d'air; à 0 m. 40 de profondeur, il y en avait encore 5 gr. 2, et à 0 m. 80, 10 à 12 grammes. La proportion d'azote restant constante, c'est à une diminution très marquée de l'oxygène que correspondait l'augmentation de l'acide carbonique. L'oxygène, au lieu de 20 à 21 pour 100, ne fournissait plus que 15, 10 et même 8 pour 100.

5° ODEURS DES CIMETIÈRES.

La mauvaise odeur perçue près des cimetières est loin de pouvoir être considérée comme dangereuse. Et comme M. Vallin l'a fait remarquer, de même qu'il importe de distinguer la simple *désodorisation* de la *désinfection*, de même les odeurs les plus nauséabondes ne sont pas toujours les plus malsaines. M. Bouchardat a cité même un fait qui prouve que l'on aurait tort d'attribuer exclusivement aux voisinages des cimetières la somme de toutes les odeurs qui affectent désagréablement l'odorat. « Comme délégué du conseil d'hygiène, je me suis, dit-il, rendu au cimetière Montparnasse. Les voisins se plaignaient d'émanations infectes qui se dégageaient du cimetière et qui, d'après eux, rendaient leurs logements inhabitables. Après un examen attentif, j'ai reconnu, comme tous, la réalité de ces plaintes; mais, remarquant que l'infection était plus manifeste sur une des extrémités du cimetière qu'à son milieu, je n'ai pas tardé à reconnaître que le foyer d'émanations putrides n'était pas dans le cimetière, mais dans une maison voisine, dans laquelle on recevait les cataplasmes des hôpitaux pour en extraire l'huile de lin et pour les convertir en engrais. Cette étrange industrie fut supprimée et toutes les plaintes cessèrent (1). »

6° MIASMES ET PROTO-ORGANISMES QUI SE TROUVENT DANS L'AIR DES CIMETIÈRES.

M. Miquel a fait comparativement l'analyse microscopique de l'air respiré au cimetière Montparnasse et de l'air respiré au parc de Montsouris, et il a constaté que l'air du cimetière

(1) A. Bouchardat, *Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie*, p. 827.

de Montparnasse est chargé d'un nombre de spores de moisissures très voisin du nombre des spores de même nature tenues en suspension dans l'air du parc de Montsouris. Par les temps de pluie, les atmosphères du cimetière et de Montsouris sont d'une égale richesse en germes de bactéries; en temps de sécheresse, les bactéries sont plus fréquentes au cimetière, ce qui paraît dû au roulage et aux autres causes qui tendent à restituer à l'air des grandes villes les poussières finement pulvérisées qui recouvrent les voies publiques. Quoi qu'il en soit, quand le temps est beau et sec, l'atmosphère du cimetière est encore plus pauvre en bactéries que l'air en mouvement dans les rues du centre de Paris.

Parmi les bactériens récoltés au cimetière du Sud, il n'en est pas un qui, injecté par milliards dans le sang des animaux vivants, se soit montré capable de produire des désordres pathologiques même légers (Miquel).

S'appuyant sur toutes ces recherches et s'aidant de diverses statistiques, M. du Mesnil a pu arriver aux conclusions suivantes :

1o Si dans le voisinage des anciens charniers, et surtout alors que les inhumations se faisaient dans les églises, on a pu observer des accidents résultant du dégagement des gaz produits de la putréfaction, ces dangers sont devenus absolument illusoires aujourd'hui où ils se répandent à l'air libre, bien que les prescriptions des articles 4, 5, 6 du titre 1er du décret du 23 prairial an XII ne soient pas strictement observées (1);

2o Les gaz délétères ou gênants, produits de la décomposition des cadavres inhumés à 1 m. 50, n'arrivent pas à la surface du sol ;

3o Dans l'espace de cinq ans, la presque totalité de la matière organique a disparu et a été brûlée ; par conséquent, dans les conditions actuelles des inhumations parisiennes, la terre des cimetières ne se sature pas, pourvu que le sol soit suffisamment perméable ;

4o Par un drainage méthodique des terrains consacrés aux inhumations, on accélérera la rapidité des rotations, qui pourrait être vraisemblablement abrégée ;

5o Dans l'état présent de nos cimetières, il n'y a pas lieu de craindre l'infection des puits du voisinage, alors que ces lieux d'inhumation sont à la distance réglementaire des habitations. (O. du Mesnil.)

D'après M. Lossier, « le terrain le plus propice à l'établissement d'un cimetière sera un terrain calcaire et ferrugineux, moyennement perméable à l'air et à l'eau, et dont le sous-sol permettra un écoulement lent et régulier des eaux de pluie ».

Mais on n'a pas toujours à proximité un pareil terrain. M. Bouchardat a donc mis en avant une proposition qui aurait l'avantage de favoriser le reboisement du pays. On créerait des *forêts-cimetières* et l'on saurait que tel cadavre se trouve sous l'arbre portant tel ou tel numéro. Au reste, voici textuellement les dispositions générales que recommande M. Bouchardat : « Choisir un terrain perméable poreux, non inondé : donner la préférence à de grands espaces stériles, afin que chaque tombe soit convenablement isolée ; à moins de volontés contraires, sur chaque tombe on placera un arbre avec un numéro indicatif. Le travail qu'on a exécuté pour creuser la tombe sera profitable à l'accroissement de l'arbre. On pourra, sans dommage pour la chose publique, abandonner ces espaces. Au bout d'un demi-siècle, d'un siècle, ils seront couverts d'admirables forêts. On évitera ainsi cette affligeante promiscuité des ossements et des débris humains qui sont une cruelle nécessité dans nos cimetières condensés. Chacun reposera en paix. Voilà comment je comprends le respect dû aux morts.

« La réforme que j'indique serait surtout opportune et facile dans beaucoup de villages, où le cimetière, contigu à l'église, a le double inconvénient de toucher pour ainsi dire aux habitations et d'être tellement exigu, qu'on est obligé de remuer, de superposer les sépultures dans un temps relativement court. Le fils, de son vivant, voit déplacer, disséminer les ossements de son père. » (*Traité d'hygiène*, p. 829.)

En 1875, M. Gratry, de Neuilly, avait proposé de remplacer les cercueils en bois par des cercueils en ciment fermés hermétiquement à l'aide de ce même ciment. Les avantages principaux de ce système seraient l'annulation du dégagement des gaz délétères, les exhumations rendues plus faciles, la suppression des fosses communes, etc. M. Devergie, chargé d'un rapport au conseil de salubrité, avait émis des conclusions assez favorables, en réclamant toutefois des expériences (1) qui, croyons-nous, n'ont pas encore été faites.

Il nous resterait à dire quelques mots de la crémation.

Assurément, au point de vue hygiénique et sauf dans des cas exceptionnels (accumulation de cadavres, épidémies) où elle pourrait rendre de réels services, la crémation intéresse bien plutôt la liberté individuelle que la santé publique. Aussi nous contenterons-nous de faire remarquer qu'elle est admise en Italie, que le Portugal (commission municipale de Lisbonne) demande de son côté la crémation facultative, enfin qu'elle est réclamée ardemment en France par la jeune Société qui s'est fondée l'an dernier en vue de propager l'incinération des cadavres.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Considérations sur l'étiologie des luxations congénitales du fémur, par le docteur Pravaz (de Lyon).

S'appuyant sur une statistique de cent sept cas de luxations congénitales, l'auteur cherche la cause d'un accident relativement si fréquent chez le sexe féminin qui donne dans cette tatistique une proportion énorme de 90 pour 100. Un

(1) Art. 4. Chaque inhumation aura lieu dans une fosse séparée; chaque fosse qui sera ouverte aura 1 mètre 5 décimètres à 2 mètres de profondeur sur 8 décimètres de largeur, et sera ensuite remplie de terre bien foulée.

Art. 5. Les fosses seront distantes les unes des autres de 3 à 4 décimètres sur les côtés et de 3 à 5 décimètres à la tête et aux pieds.

Art. 6. Pour éviter le danger qu'entraîne le renouvellement trop rapproché des fosses, l'ouverture de fosses pour de nouvelles sépultures n'aura lieu que de cinq années en cinq années; en conséquence, les terrains destinés à former les lieux de sépulture seront cinq fois plus étendus que l'espace nécessaire pour y déposer le nombre de morts qui peuvent y être enterrés chaque année.

(1) Voir le rapport général de M. Bezançon sur les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine (1872-1877). — Paris, in-4o, 1880-81, p. 212 et suiv.

antre fait d'observation qui sert de base à M. Pravaz pour édifier sa théorie, c'est l'influence capitale que paraît joner l'hérédité dans l'histoire de ces déformations. Les diverses théories successivement proposées lui paraissent insuffisantes à rendre compte des faits observés : théorie de l'action des forces extérieures de Cruveilhier, théorie des actions mnsculaires de M. J. Guérin, théorie des maladies articulaires intra-utérines de M. Parise, il les rejette l'une après l'autre. La conclusion à laquelle il s'arrête, c'est que « si les luxations congénitales du fémur peuvent résulter de causes multiples, on doit chercher la canse la plus générale de cette malformation dans une anomalie de l'organisation »; en un mot, il ne fandrait voir là qu'une des modalités les plus restreintes de l'arrêt de développement, cette hypothèse réunissant, dans la majorité des cas, la plus grande somme de probabilités. (Lyon médical, 31 juillet 1881.)

De l'ignipuncture intra-dermique pour la cure radicale des eczémas invétérés de la face, par le docteur Chalot (de Montpellier).

Longtemps le traitement des maladies de la peau n'avait fait appel qu'aux seules ressources de la pharmacologie; aujourd'hui, les procédés chirurgicaux interviennent à leur tour pour le plus grand bien des malades. On connaît les procédés de traitement du lupus par le raclage ou par les scarifications linéaires; voici M Chalot qui a recours à l'ignipuncture pour la cure des eczémas rebelles. Quand tout a échoué, traitement diététique, traitement pharmaceutique. traitement hydro-minéral, quand l'eczéma, d'autre part, siége sur des parties découvertes (face, cou, mains), où sa présence devient pour les malades une cause de chagrin, presque de honte, le savant agrégé de Montpellier n'hésite pas à modifier par le fer rouge la surface malade. Avec de petits cautères actuels très effilés, on mieux avec la pointe du thermo-cautère Paquelin, portée au rouge blanc, il pratique une série de piqûres éloignées au plus de 6 à 7 millimètres, et pénétrant profondément jusqu'au derme ou même au tissu cellulaire sous-cutané. Il cautérise ainsi dans une séance un espace à peine grand comme une pièce de cinq francs, mais en ayant soin de dépasser toujours de 4 ou 5 millimètres les limites apparentes du mal. Les petites eschares en s'éliminant laissent une plaie simple bourgeonnante, dont les petites cicatrices blanchâtres sont infiniment moins désagréables que les surfaces croûteuses de l'eczéma.

Ce procédé, que l'auteur a déjà employé quatre fois, lui a donné quatre succès, se maintenant tous après plus de six mois. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, n° 38, 17 septembre 1881.)

Deux observations d'empoisonnement par l'acide phénique du commerce, par le docteur Dardignac.

La toxicologie de l'acide phénique n'a pas été encore faite, et les accidents publiés jusqu'à ce jour ont trait à des empoisonnements consécutifs à son emploi comme topique et non à son ingestion. L'auteur a eu la bonne fortune d'observer chez deux soldats du régiment auquel il est attaché les divers ordres de phénomènes qni suivent l'ingestion de l'acide phénique. Des mesures de désinfection prises dans la caserne avaient mis le toxique à la portée des imprudents, et deux accidents se produisirent à vingt-quatre heures d'intervalle. Dans le premier cas, le toxique ne fut pas avalé; le soldat, averti de son erreur par une sensation de brûlure, rejeta bien vite le liquide qui était dans sa bouche ; rien ne pénétra dans l'estomac. Tont se borna donc à des phénomènes buccaux : cantérisation de la langue, des joues, des gencives, de la luette, des piliers du pharynx, qui sont d'une conleur blanc opaque nniforme : la déglntition est très pénible. Sur le bord libre des lèvres et sur le menton, une eschare brun chocolat trahit le contact du liquide caustique. Quarante-huit heures après, la desquamation se fait sur toute la muqueuse buccale, et au bout de quelques jours la guérison est complète.

L'autre cas fut plus grave : deux à trois gorgées de liquide furent gloutonnement avalées; aussi les lésions buccales furent moins accentuées que dans le cas précédent, mais on eut affaire à des phénomènes généraux graves. Malgré une absorption presque immédiate d'nne grande quantité d'eau et des vomissements abondants, on vit le malade d'abord en proie à une violente agitation, simulant le délire alcoolique; puis survint un état de stupeur profonde, coma, résolution mnsculaire complète, interrompue à chaque minute par des soubresauts de tous les membres, des convulsions générales. La face est vultueuse, les yeux larmoyants, les pupilles dilatées, la peau froide et moite, le pouls petit et irrégulier. On entendait des râles à grosses bulles à la région pharyngée, et pour prévenir l'asphyxie on dut à plusieurs reprises aller retirer avec les doigts un liquide filant, visqueux, qui obstruait l'arrière-bouche et se reproduisait rapidement. Le malade, sous l'influence de l'éther, se réveilla quelques instants, puis retomba dans le même état de stupeur avec convulsions intermittentes, analgésie, anesthésie et respiration stertoreuse. Ces accidents immédiats durèrent quatre heures et se terminèrent comme ils avaient commencé, par une crise de délire ébrieux. Le lendemain, faiblesse excessive, violentes douleurs d'estomac, inflammation intense de toute la muqueuse buccale. Le cinquième jour, le malade était guéri complétement.

Dans les denx cas, le liquide toxique, dont la composition exacte n'a pu être connue, était l'acide phénique du commerce, aussi appelé alcool phénilique ou phénol.

On voit, en somme, que les accidents locaux dus à l'ingestion de l'acide phénique sont à peu près ceux qui suivent l'ingestion des acides minéraux suffisamment dilués; quant aux accidents généraux, ce sont bien ceux qu'on a constatés dans quelques cas de pansements ou d'injections avec des solutions trop concentrées. (Revue médicale de l'Est, 1er novembre 1881.)

P. B.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 janvier. — Présidence de M. Jamin.

Chimie physiologique. — Sur la production artificielle des éléments organiques. Note de MM. D. Monnier et C. Vogt, présentée par M. Robin.

1. Des éléments figurés, présentant tous les caractères de forme appartenant aux éléments organiques, tels que cellules simples et à canaux poriques, des tubes à parois, à cloisons, à contenu hétérogène granulé, etc., peuvent être produits artificiellement dans un liquide approprié par le concours de deux sels, formant, par double décomposition, soit deux, soit un seul sel insoluble. L'un de ces sels

doit être dissous dans le liquide, tandis que l'autre doit être sous forme solide.

2. Les formes d'éléments orgeniques (cellules, tubes) se produisant tout aussi bien dans un liquide de provenance organique ou sémi-organique (sucrate de chaux) que dans un liquide absolument inorganique (silicate de soude), il ne peut plus dorénavant être question de formes distinctives, caractérisant les corps inorganiques de l'autre.

3. La formation d'éléments figurés pseudo-organiques dépend de la nature, de la constitution visqueuse et de la concentration des liquides dans lesquels elle doit se produire. Certains liquides visqueux (solution de gomme arabique, de chlorure de zinc) n'en donnent point.

4. La formo des produits pseudo-organiques est constante par rapport aux sels cristallisés et aussi constante que toute forme cristalline des minéraux. Cette forme caractéristique se maintient si bien, qu'elle peut servir même à reconnaître dans des mélanges une proportion tout à fait minime d'une substance. On peut employer cette forme commo moyen d'analyse aussi sensible que l'analyse spectrale et différencier par exemple les carbonates, sesquicarbonates et bicarbonates alcalins les uns des autres.

5. La forme des éléments pseudo-organiques artificiels dépend principalement de l'acide qui entre dans la composition du sel solide. Les sulfates et les phosphates, dans certains cas, engendrent dens la règle des tubes, tandis que les carbonates produisent des cellules.

6. A part quelques exceptions, telles que les sulfetes de cuivre, de cadmium, de zinc, de nickel, des formes pseudo-organiques ne sont engendrées que par le concours de substances que l'on trouve dans les organismes réels. C'est ainsi que le sucrate de chaux engendre des formes organiques, tandis que les sucrates de strontiane ou de baryte n'en forment point.

7. Les éléments artificiels pseudo-organiques sont entourés de véritables membranes, dyalisantes au plus haut degré, ne laissant passer que des liquides. Ils montrent un contenu hétérogène et produisent, dans leur intérieur, des granulations disposées dans un ordre déterminé. Ils sont donc, sous le rapport de leur constitution comme sous celui de leur forme, absolument semblables aux éléments figurés dont sont construits les organismes.

8. Il est probable que les éléments inorganiques, contenus dans le protoplasme organique, jouent un certain rôle dans la constitution des éléments organiques figurés pour la détermination des formes que ces éléments présentent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de remerciements de M. le docteur Lambron, de Luchon, récemment nommé membre correspondant ;

2o Une lettre de candidature de M. Jules Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, pour le titre de membre correspondant national.

3o Un travail manuscrit de M. le docteur Louis Sentex, de Saint-Sever (Landes), sur un cas de *mélomélie* (Présenté en séance par M. Parrot.)

— M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Gibert (du Havre), trois brochures intitulées : 1o *Une épidémie de fièvre typhoïde au Havre ;* — 2o *Du rétrécissement congénital de l'intestin grêle ;* — 3o Sixième rapport présenté aux souscripteurs du Dispensaire des enfants malades.

M. Bouley fait hommage du volume des leçons d'anatomie comparée qu'il a professées l'année dernière au Muséum d'histoire naturelle. Ce volume a pour titre : *le Progrès en médecine par l'expérimentation.*

M. Bouley présente en second lieu une brochure intitulée : *la Nouvelle Vaccination* (lecture qu'il a faite au mois d'octobre dernier dans la séance annuelle des cinq Académies.)

M. Bussy présente, au nom de M. Eugène Marchand, membre correspondant à Fécamp, un travail manuscrit intitulé : *Dosage volumétrique de la potasse.*

— M. le docteur Balzer, médecin des hôpitaux de Paris, lit un travail intitulé : *Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse dans les maladies infectieuses; parasitisme du xanthelasma et de l'ictère grave.*

La dégénérescence granulo-graisseuse des tissus, dans les maladies infectieuses, n'a pas encore été expliquée d'une manière satisfaisante par les auteurs ; on désigne sous ce nom des altérations qui devraient être appelées autrement, et qui demandent des constatations nouvelles. C'est ainsi que M. Balzer a reconnu que les granulations que l'on trouve dans les cellules du tissu conjonctif, dans le xanthelasma, ne présentent pas la réaction caractéristique de la graisse ; elles résistent à l'alcool, à l'éther même à chaud ; elles résistent aux essences, à l'acide osmique, etc.

M. Balzer a été amené à conclure que ces granulations doivent être considérées comme des microbes. Ce sont des micrococcus arrondis ou un peu allongés qui s'accumulent dans le protoplasma des cellules du tissu conjonctif, et qui se colorent très nettement par le violet de méthylamyline.

En se basant sur les formes infectieuses que revêt la maladie dans certains cas, il devient évident qu'il s'agit de parasites, de microbes ; on s'explique dès lors comment les colonies parasitaires limitées dans certains points du corps, au niveau des paupières par exemple, peuvent, à un moment donné, se diffuser dans toute l'économie. Le xanthelasma devient alors une maladie grave, infectieuse, avec lésions viscérales étendues, comparables à la lèpre, à la tuberculose, à la syphilis, ainsi que plusieurs observations en ont été publiées dans ces derniers temps.

Des recherches ont été entreprises dans le même sens pour l'ictère grave. Chez un homme qui a succombé à cette maladie dans le service de M. Fournier, l'examen histologique a démontré que les granulations greisseuses décrites par les auteurs dans les cellules du foie résistent à tous les réactifs dissolvants de la graisse. Elles persistent indéfiniment et sans aucune modification. Elles se colorent nettement par le violet de méthylamyline. A de forts grossissements on reconnait dans les cellules des micrococcus et de petits bâtonnets. Ces microbes ont été trouvés également dans le foie, dans le rein et sur les coupes de la peau. Ces constatations sont confirmatives de l'idée universellement adoptées que l'ictère grave est une maladie infectieuse. Mais M. Balzer tient cependant à faire remarquer, en ce qui concerne l'ictère grave, que ses recherches n'ont qu'une valeur relative, l'examen histologique ayant été fait vingt-quatre heures après la mort. Elles n'établissent qu'une indication, un renseignement qui a besoin d'être confirmé par de nouvelles recherches.

— La séance est levée à trois heures quarante-cinq.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Suite de la séance du 17 décembre 1881-Présidence de M. Laborde.

Mouvements de la pupille et propriété du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques, par M. Ch. Féré.

(Observations faites dans le service de M. Charcot.)

Une des choses qui ont le plus retardé l'étude scientifique de l'hystérie, c'est, avec la bizarrerie de certains phénomènes qui semblaient en opposition avec les lois physiologiques, la crainte de la fourberie qui est pour ainsi dire un des symptômes de la maladie. Pour se mettre à l'abri des erreurs qui peuvent être attribuées à la prédisposition au mensonge que l'on accorde à

toutes ces malades, il était bon d'étudier, dans les manifestations spontanées ou provoquées de l'hystérie, les modifications que peuvent éprouver certains organes qui à l'état normal ne sont pas soumis à la volonté. La pupille peut fournir à cet égard un utile champ de recherches, soit dans l'étude des phénomènes spontanés de l'hystérie, soit dans les expérimentations sur les phénomènes que l'on peut provoquer chez certains hystériques. Les modifications pupillaires aux différentes phases de l'attaque d'hystéro-épilepsie ont déjà été étudiées (1); nous n'y reviendrons pas. Nous rappellerons toutefois qu'à la période des attitudes passionnelles, on observe dans la pupille des alternatives de dilatation et de rétrécissement qui ont semblé en rapport avec la distance à laquelle se trouve l'objet qui figure dans l'hallucination.

Nous sommes partis de cette idée, pour rechercher si, dans les hallucinations provoquées, on peut amener dans la pupille des modifications qui obéissent à une loi physiologique. Chez deux hystériques avec lesquelles on peut entrer en communication par la parole pendant la catalepsie, voici ce que nous avons observé : lorsque nous leur ordonnons de regarder un oiseau au sommet d'un clocher ou s'élevant tout en haut dans les airs, la pupille se dilate progressivement jusqu'à doubler ou p u s'en faut son diamètre primitif; si nous faisons redescendre l'oiseau, la pupille se rétrécit graduellement; et on peut reproduire le même phénomène autant de fois que l'on évoque l'idée d'un objet quelconque qui se meut.

Ces modifications de la pupille que l'on provoque ainsi chez une cataleptique, qui ne cesse pas d'ailleurs d'offrir tous les phénomènes propres à la catalepsie, montrent que dans cette hallucination l'objet fictif est exactement vu comme s'il existait, et provoque par ses mouvements des efforts d'accommodation suivant les mêmes lois que si c'était un objet réel. Il s'agit donc bien d'une hallucination véritable, qui n'a rien à faire avec la supercherie. On peut objecter cependant que quelques individus peuvent contracter volontairement leur pupille.

Il faut convenir toutefois avec Leeser(2), dont nous rappellerons les études critiques, que ces mouvements de la pupille, qui se produisent à vrai dire sous l'influence de la volonté, ne sont pas pour cela des mouvements volontaires; ce sont des mouvements associés à des mouvements volontaires. Ces mouvements soi-disant volontaires de la pupille, on les observe dans les grands mouvements respiratoires, dans la déglutition, la mastication, mais surtout dans les grands efforts musculaires (R. Vigouroux) (3) qui s'accompagnent de dilatation pupillaire. Dans ces cas, la volonté n'agit que d'une manière indirecte, par excitation des centres volontairement excitables.

Seitz Zehender (4) raconte le cas d'un étudiant en médecine qui pouvait dilater sa pupille de 3 millim. quand il inspirait profondément, puis arrêtait sa respiration en même temps qu'il contractait les muscles du cou. Lorsqu'il fixait un point rapproché, l'expérience réussissait encore mieux. Ce cas est peut-être le même que celui que Kügel (5) rapporte d'un docteur Szontag. Celui-ci, ayant sa pupille large de 4 à 5 millimètres à un éclairage moyen, pouvait la dilater jusqu'à 9 millimètres, c'est-à-dire jusqu'au maximum ou à peu près, quand il faisait une inspiration lente et contractait en même temps les muscles du cou et de la nuque; l'inspiration lente et profonde pouvait à elle seule déterminer une dilatation appréciable.

Cette dilatation de la pupille, comme celle qui se produit dans tout effort musculaire, est tout à fait indépendante de la volonté, mais seulement associée à des mouvements volontaires. D'après tout ce que nous savons sur les mouvements associés de la pupille, ajoute Leeser, le phénomène s'explique, en admettant une irritation du centre oculo-pupillaire vaso-moteur, en même temps que celle du centre respiratoire, vraisemblablement sous l'influence de l'acide carbonique accumulé dans le sang. Kügel admet d'ailleurs que l'anémie et l'anoxémie correspondante, déterminées dans le cerveau par l'aspiration profonde et la contraction musculaire énergique, déterminent une paralysie du centre contracteur pupillaire. Leeser admet que dans les cas de ce genre, il y a excitation du centre dilatateur, tandis que dans les cas d'effort respiratoire et musculaire l'anoxémie s'y surajoute, amenant une paralysie du centre constricteur, permettant la dilatation extrême de la pupille.

Le cas rapporté par Budge (*Bewegungen der Iris*, p. 163) semble propre à faire admettre des mouvements volontaires de la pupille; ainsi le professeur Beer, de Bonn, pouvait volontairement contracter et dilater sa pupille en faisant naître en lui certaines idées: quand il se représentait un lieu très éclairé, sa pupille se contractait; elle se dilatait au contraire quand il imaginait un endroit très obscur. Budge, qui a rencontré plusieurs personnes dont la pupille se dilatait par l'évocation de l'idée d'un lieu obscur, remarque ce qui suit : « On ne devra pas conclure de ces observations que les mouvements de l'iris sont volontaires; le phénomène est comparable à la sécrétion de salive, qui se fait dans la bouche à l'idée de certains mets. »

Ce dernier fait prouve au moins que dans certains cas la pupille peut se contracter sous l'influence de l'imagination. Si quelques sujets peuvent contracter ou dilater leur pupille en s'imaginant des objets rapprochés ou éloignés, ils sont rares. Nous avons soumis nos malades à l'expérience à l'état de veille, mais sans succès.

Une autre expérience d'ailleurs servira à prouver encore que dans ces hallucinations provoquées l'objet est bien vu comme un objet réel et qu'il est vu des deux yeux suivant les lois physiologiques ordinaires. Sur les deux malades déjà étudiées et sur plusieurs autres, nous avons observé ce qui suit : pendant le sommeil hypnotique, ou pendant la catalepsie, on leur inculque l'idée qu'il existe une table de couleur sombre, un portrait de profil; à leur réveil, elles voient distinctement le même portrait. Si alors, sans prévenir, on place un prisme devant un des yeux, immédiatement le sujet s'étonne de voir deux profils, et toujours l'image fausse est placée conformément aux lois de la physique. Deux de ces sujets peuvent répondre conformément dans l'état cataleptique. Ils n'ont aucune notion des propriétés du prisme, d'ailleurs on peut facilement leur dissimuler la position précise dans laquelle on le place; et il est aisé de les rapprocher assez de la table pour que celle-ci ne soit point elle-même doublée, ce qui pourrait servir d'indice; nous avons répété la même expérience avec succès sur un mur à surface uniforme. Si on presse latéralement sur un globe oculaire de façon à déranger l'axe optique, on provoque la même diplopie, qui a déjà du reste été notée, par ce procédé, dans les hallucinations spontanées chez certains aliénés (Brewster) (1).

M. Despine (2) a pu constater, par la pression latérale du globe oculaire, ce même dédoublement de l'objet fictif dans les hallucinations *spontanées* d'un hystérique mâle; M. Ball (3) a observé un autre fait semblable.

Un point intéressant à remarquer, c'est que, pour une distance donnée, le prisme provoque ou ne provoque pas un dédoublement de l'image, suivant qu'on le place devant l'œil le plus près de l'état normal, ou devant l'œil le plus amblyope. Du reste, à l'état de veille, on observe le même phénomène dans la vision des objets

(1) Ch. Féré. — *Note sur quelques phénomènes observés du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques, soit en dehors de l'attaque, soit pendant l'attaque.* (Soc. de Biologie, 29 octobre 1881.)

(2) Leeser. — *Die pupillar bewegung.* Wiesbaden, 1881.

(3) *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1863, t. VIII, p. 581.

(4) *Handbuch der Augenheilks.*, p. 314.

(5) *Uber die Witkurliche veranderung der pupillengræsse.* In *Wiener med. Wochensch.*, nos 32 et 33.

(1) Cité par Despine.

(2) P. Despine. *Etude scientifique sur le somnambulisme*, etc., 1880, p. 328. — *Théorie physiologique de l'hallucination*, 1881, p. 8.

(3) B. Ball. *Théorie des hallucinations* In REVUE SCIENTIFIQUE, 1880, p. 1034.

réels. Une de nos malades, complétement achromatopsique d'un œil, ne peut avoir d'hallucinations colorées de cet œil; et, si on lui suggère l'idée d'une figure géométrique colorée en rouge, par exemple, cette image ne peut pas être dédoublée par le prisme. Il n'y a aucune contradiction entre tous ces faits.

Les expériences de MM. Schiff, Foa, Vulpian, ont montré que les excitations portées sur un nerf sensitif produisent la dilatation de la pupille, et Mosso (1) a pu considérer la pupille comme un véritable æsthésiomètre.

Il existe donc certains moyens efficaces de faire mouvoir la pupille indirectement sous l'influence de la volonté, mais il est facile de s'assurer que rien de semblable n'intervenait chez nos malades; on peut s'assurer qu'il s'agit non de phénomènes simulés, mais d'hallucinations en tout analogues à celles qui se produisent spontanément. Les hallucinations *provoquées* des hystériques peuvent donc servir à l'étude des hallucinations spontanées.

Ces divers faits, mouvements de la pupille et dédoublement de l'image par le prisme, peuvent être cités à l'appui de la théorie psycho-sensorielle des hallucinations.

(1) Mosso. *La Pupille considérée comme æsthésiomètre.* Trad. de Choisity, Paris, 1875.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1882. — Présidence de M. de Saint-Germain.

M. Verneuil, à propos du procès-verbal, revient sur la question de la colotomie lombaire : M. Tillaux a dit que pour son malade il n'avait eu à choisir qu'entre deux partis, qui étaient ou de faire l'anus artificiel par la méthode de Littre ou d'employer la méthode de Callisen. Il y avait une troisième ressource, c'est la rectotomie linéaire, qui donne surtout de très bons résultats dans les rétrécissements fibreux du rectum. D'une façon générale, il y a donc à choisir entre ces trois opérations. Quand l'obstacle est situé trop haut, on ne peut songer à la rectotomie, il faut alors faire l'anus artificiel, si l'état du malade le permet. En effet, chez les cachectiques, l'opération est rapidement suivie de mort; c'est pour cela que les chirurgiens anglais opèrent de bonne heure, tandis que les français attendent souvent beaucoup trop. Par la rectotomie ou la colotomie, on ouvre une voie aux matières fécales; mais, avant de pratiquer une de ces opérations, il faut distinguer si les malades qui souffrent ont des douleurs occasionnées par la rétention des matières; car c'est dans ce cas seulement que l'opération apportera un soulagement. Il faut donc distinguer les douleurs qui sont dues à la rétention de celles qui sont dues au cancer. Quant au choix de la méthode à employer pour pratiquer l'anus artificiel, il ne faut pas être absolu. La méthode de Littre est certainement beaucoup plus facile, et quant à l'ouverture du péritoine qu'on lui reproche d'occasionner, cela n'offre pas de grands dangers avec les pansements antiseptiques. En employant la méthode de Callisen, si le malade est gras, il y aura une épaisse couche de tissus à traverser et l'on pourra avoir, par cette surface étendue, de l'infiltration stercorale. Il faut baser son choix pour l'une ou l'autre de ces méthodes sur la situation de l'obstacle. Si celui-ci remonte jusque dans la fosse iliaque, il faut renoncer à la méthode de Littre, car elle exposerait à tomber sur le prolongement du cancer.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer la méthode de Callisen, mais je la crois plus difficile et elle expose aussi au prolapsus intestinal.

En résumé, je crois que la rectotomie linéaire, quand elle est possible, est supérieure à l'anus artificiel. Quand le mal est inaccessible, il faut faire cette dernière opération. La méthode de Littre est meilleure à mon avis, mais celle de Callisen est nécessaire quand le mal siége trop haut.

M. Pozzi : J'ai eu l'occasion de faire la colotomie pour un rétrécissement cancéreux du rectum pour lequel la dilatation progressive était restée sans résultat. Le malade souffrait beaucoup et l'opération le soulagea manifestement. Seulement, une fois l'anus artificiel établi, il resta, entre l'anus contre-nature et le véritable anus, un boudin de matières qui remontaient et venaient obstruer l'orifice. J'introduisis un siphon dans le rétrécissement et je parvins ainsi à désobstruer le rectum. Le malade vécut pendant cinq mois, n'ayant plus les douleurs atroces qu'il endurait avant la colotomie.

M. Tillaux : M. Desprès m'a reproché d'avoir opéré trop vite mon malade. Je tiens à protester contre cette assertion, car j'ai tenté pendant cinq mois la dilatation progressive, et ce n'est que lorsque j'ai vu que celle-ci restait sans aucun résultat que je me suis décidé à pratiquer la colotomie.

M. Trélat : L'observation de M. Pozzi a beaucoup de rapport avec celle que j'ai présentée dernièrement; la survie chez les deux malades a été à peu près la même. Quant au manuel opératoire, je l'ai indiqué, et en suivant les points de repère signalés on ne s'expose pas à tomber sur le muscle carré des lombes et à le prendre pour l'intestin. Il faut, du reste, se rappeler que le muscle est rouge, la graisse jaune, et l'intestin est blanc.

M. Desprès dit que jamais il n'a rencontré de malades chez lesquels cette opération ait été nécessaire, mais cela n'est pas une raison. Ainsi, il y a deux ans et demi, je vis un jeune garçon de 14 ans qui avait un cancer ano-rectal; je le fis voir à M. Verneuil, qui conseilla de faire la rectotomie linéaire, tout en ne croyant pas à un très bon résultat. Le malade ne fut pas opéré et je ne l'ai pas revu; si je revoyais ce malade aujourd'hui, je n'hésiterais pas à lui faire un anus artificiel.

La dilatation est souvent fort difficile à pratiquer : c'est une opération qui n'est pas sans danger; il y a de nombreuses observations de rupture de l'intestin, et cela ne donne qu'un soulagement passager, tandis qu'au contraire la colotomie donne des résultats excellents. Les malades qui ont subi cette opération en éprouvent un grand bien-être : les souffrances du côté du rectum disparaissent complètement.

Quant à l'anus inguinal, qui est aussi une bonne opération, il expose à ceci de fâcheux que l'incision peut tomber sur le petit intestin, ce qui expose le malade à de la lientérie.

En résumé, lorsque l'on pourra pratiquer la rectotomie, il faut le faire; mais si la tumeur est inaccessible et si les malades n'ont pas une santé trop altérée, il faut faire l'anus artificiel; chacune des méthodes pour la pratiquer a ses indications spéciales : ainsi, lorsqu'il y a une tumeur dans la fosse iliaque, il faut choisir la méthode de Callisen.

M. Desprès : Je maintiens que la dilatation bien faite permet toujours de soulager les malades. Ainsi j'ai suivi plusieurs malades qui avaient des rétrécissements du rectum, ce que M. Fournier appelle improprement syphilôme anorectal, et qui ont parfaitement guéri par la dilatation. Pour que celle-ci donne de bons résultats, il faut laisser la canule pendant toute la nuit et pendant plusieurs heures dans la journée; il faut en outre se servir de canules percées du bout, afin de permettre l'issue des gaz. Dans les cancers du rectum, je n'ai jamais vu d'occlusion intestinale complète; les malades ont seulement de la difficulté pour aller à la selle, et je ne crois pas que pour cela on soit autorisé à leur faire des opérations graves et à leur donner une infirmité désagréable.

M. Pozzi : Avant d'arriver à la colotomie chez mon malade, j'ai fait tout ce que fait M. Desprès, et j'ai tenté la dilatation comme il l'indique; mais les canules à demeure occasionnaient de telles douleurs que le malade lui-même s'y refusa au bout de quelque temps. A partir du moment où il a eu son anus artificiel, les souffrances ont cessé; je crois donc lui avoir rendu service, puisque j'ai supprimé la douleur, et je crois que tout chirurgien aurait agi comme moi.

M. Trélat : J'ai la même conviction que M. Pozzi. Je suis persuadé que cette opération apporte un grand soulagement aux ma-

,ades, et elle prolonge leur existence; ces deux raisons me paraissent suffisantes pour la motiver.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Chauvel est nommé par 22 voix sur 34 votants.

Henri BASTARD.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par E. LANCEREAUX (Tome II, deuxième partie. — Paris, 1879-1881.)

Cette seconde partie renferme la fin des lésions du système circulatoire; on y trouve celles du cœur, des artères et des veines. Le fascicule commence par un exposé rapide des altérations du sang et des malformations cardiaques. Nous relevons surtout dans la pathologie du cœur l'histoire des endocardites.

L'endocardite scléreuse, sur la pathogénie de laquelle on discute encore beaucoup, est rattachée par M. Lancereaux au rhumatisme: « Nous pouvons considérer, dit-il, l'endocardite scléreuse généralisée comme synonyme d'endocardite rhumatismale. » Il ne serait pas éloigné de penser que le rhumatisme agisse sur l'endocarde par l'intermédiaire d'une altération du sang, peut-être par suite de l'accumulation de l'acide lactique.

Le chapitre de l'endocardite ulcéreuse est non moins important. M. Lancereaux en donne une description complète en somme, avec des observations, des relevés statistiques, etc. Les rapports de cette maladie avec l'impaludisme et la puerpéralité sont longuement traités. Dans ces deux intoxications, l'endocardite ulcéreuse offre des différences remarquables. « Tandis que dans l'impaludisme l'altération des valvules sigmoïdes de l'aorte est constante et celle de la valvule mitrale accessoire, dans l'état puerpéral c'est l'inverse qui a lieu. D'un autre côté, l'endocardite puerpérale se manifeste par des végétations polypiformes beaucoup plus volumineuses que celles qui caractérisent l'endocardite impaludique, et se termine presque toujours par septicémie, tandis que celle-ci est plus souvent suivie de la formation d'anévrysmes et de ruptures valvulaires. »

M. Lancereaux passe brièvement sur la question du parasitisme de l'endocardite ulcéreuse. La question, suivant lui, appelle de nouvelles recherches; il ne s'oppose pas cependant à la nouvelle doctrine et rappelle même qu'il a été l'un des premiers à signaler des bactéries dans les foyers d'endocardite ulcéreuse (1871).

Je ne ferai que signaler les intéressantes pages consacrées à l'étude des myocardites, pour arriver au chapitre intitulé: *Thrombose et embolie intracardiaques*. On trouvera là un excellent exposé de l'histoire des polypes ou végétations globuleuses du cœur, d'après les recherches de MM. Charcot, Vulpian, Pitres, etc., et celles de l'auteur lui-même. Les recherches récentes sur la structure des végétations globuleuses, les accidents septicémiques qui rapprochent cette lésion de l'endocardite ulcéreuse sont bien mis en relief, ainsi que sa véritable nature. « L'action mécanique, dit M. Lancereaux, n'est pas la seule condition de la formation de ces concrétions, il s'y ajoute fréquemment une modification non encore déterminée du liquide sanguin; la preuve, c'est qu'elles n'existent pas dans toutes les maladies où il y a gêne respiratoire. »

Dans l'étude des artérites, nous avons à mentionner surtout les chapitres de l'artérite syphilitique et de l'artérite en plaques. L'artérite syphilitique, décrite par M. Lancereaux dès 1866, commence à se développer, d'après lui, dans la tunique externe, qui s'infiltre d'éléments embryonnaires; viendraient ensuite le gonflement de la tunique interne, et enfin le rétrécissement du vaisseau. Le processus n'aurait de caractéristique au point de vue de la syphilis que la nécrose, dans certains cas, d'une partie de son produit. Cependant cette lésion se distingue encore par sa localisation circonscrite, ses nodosités jaunâtres, sa délimitation à un ou plusieurs points du système artériel, etc.

Dans l'histoire des artérites en plaques, M. Lancereaux met surtout en lumière leur étiologie; pour lui, la cause la plus commune est l'impaludisme dont l'action lui paraît beaucoup moins contestable que celle de l'alcool ou du tabac, et de la syphilis.

Nous aurions de même à insister sur les artérites tuberculeuse, embolique et plus encore sur les altérations des veines; mais nous croyons en avoir assez dit pour montrer l'intérêt soutenu que présente ce nouveau fascicule dans lequel M. Lancereaux, tout en faisant la part des autres auteurs, condense et résume toutes ses recherches antérieures sur la pathologie du système circulatoire.

F. BALZER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Chimie biologique

— V. Lehmann. — EXPERIMENTELLE UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE ERSTEN METHODEN, BLEI, SILBER UND QUECKSILBER BEI VERGIFTUNGEN IN THIERISCHEN ORGANISMUS NACHZUWEISEN. (*Zeitschrift fur phys. Chemie*, tome VI, p. 1, 1882.) — Travail très consciencieux, avec des tableaux indiquant la quantité de métal renfermé dans chaque organe (exp. sur le lapin.) Nous reviendrons sur les conclusions de ce mémoire.

— Piero Giacosa. — SUR LE DOSAGE VOLUMÉTRIQUE DU PHÉNOL. Ibid., p. 43.

L'auteur titre son eau bromée avec une solution titrée d'acide phénique. On arrête l'opération quand une goutte du liquide d'essai bleuit une solution amidonnée d'iodure de potassium. La liqueur bromée une fois titrée, on répète l'opération avec le liquide dans lequel on veut doser le phénol.

— Franz Hofmeister.—ZUR LEHRE VOM PEPTON. Ibid., p. 50. Continuation des remarquables études de l'auteur sur les peptones, études qui ont paru dans le même recueil et dont le travail actuel forme la quatrième et la cinquième partie.

— Carl Virchow. — UEBER DIE EINWIRKUNG DES HAENZORSAUREN UND DES SALICYLSAUREN NATRON AUF DEN EIWEISSUMSATZ IM KORPER. Ibid., p. 78.

Utile à consulter. Bibliographie un peu incomplète.

Conclusions principales. — Chez le chien, l'emploi du benzoate de soude augmente de 25 à 40 p. 100 la combustion des matières albuminoïdes.

Le silicylate de soude paraît avoir une influence identique.

— G. Hüfner. — RECHERCHES SUR LA CHIMIE DU SANG. Ibid., p. 94.

— Camerer. — RECHERCHES SUR L'ECHANGE DE MATIÈRE PENDANT LA NOURRITURE AVEC LE LAIT DE VACHE. (*Zeitschrift fur Biologie*, Bd XVI. H. 4. S. 493.)

— F. Rœhmann. — SUR L'ÉLIMINATION DES CHLORURES PENDANT LA FIÈVRE. (*Zeitschrift fur klinische Medicin*. Bd I. S. 513.)

Quand un groupe d'organes subit une destruction par le fait de la fièvre, l'albumine de ces organes n'est pas transformée de suite en produits ultimes de dénutrition bons à éliminer. Une portion de

cette albumine reste dans le sang à titre d'albumine circulante, ainsi que Voit l'a depuis longtemps avancé. Puis, plus tard, quand vient la convalescence, cette albumine, peu à peu atteinte, s'élimine à son tour. Mais, pour demeurer à l'état d'albumine circulante, elle a dû fixer du chlorure de sodium qui ne devient libre lui-même et éliminable qu'au fur et à mesure de la disparition de son albumine. Cette théorie *expliquerait* les augmentations parallèles de matières azotées et de chlorure de sodium que l'on trouve très souvent dans la convalescence des maladies aiguës.

La théorie est fort ingénieuse ; mais comme elle restait à l'état d'*à priori*, F. Rœhmann a institué sur un chien des expériences destinées à lui donner une consécration.

Malheureusement ces expériences ne sont pas concluantes, et rien ne permet encore de faire passer au rang de *fait* l'hypothèse séduisante que F. Rœhmann, si je ne m'abuse, a empruntée à Voit.

ALBERT ROBIN.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pouchet (Gabriel) est nommé chef-adjoint, pour la chimie, au laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital Saint-Louis (emploi nouveau).

— La nouvelle chaire des maladies du système nerveux comprendra : un chef de laboratoire, un chef de clinique, un préparateur et un garçon de laboratoire.

***

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Par décrets du 31 décembre 1881, rendus sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé à cette École une chaire de minéralogie et d'hydrologie et une chaire de cryptogamie.

Par décrets en date du 1er janvier 1882, M. Bourchardat, agrégé, est nommé titulaire de la première chaire et M. Marchand titulaire de la seconde.

***

MÉDECINE NAVALE. — Sont promus : 1o au grade de médecin en chef de la marine, M. le docteur Duburquois, médecin principal ; 2o au grade de médecin principal, M. le docteur Veillon, médecin de première classe.

***

AGRÉGATION. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et sur l'avis conforme du conseil supérieur que nous avons rapporté dans notre dernier numéro :

Sont autorisés à se présenter au concours de l'agrégation des sciences naturelles :

1o Les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences physiques ;

2o Les pharmaciens munis du diplôme supérieur et justifiant de la même licence.

***

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un arrêté du préfet de la Seine vient de créer dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (la Ville-Evrard et Vaucluse) un second emploi d'interne en pharmacie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Demange est nommé préparateur du laboratoire des travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Dorez, démissionnaire.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le docteur Ségary est nommé suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale pour une période de neuf années.

M. Ducruzel est nommé, pour une même période, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Vialleton (L.-M.) est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie générale et biologie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Wertheimer est maintenu, pour la présente année scolaire, dans les fonctions de maître de conférences de chirurgie et d'accouchements.

***

HÔPITAUX DE PARIS, PERSONNEL MÉDICAL. — Le personnel médical des hôpitaux de Paris — chefs de service, chefs de clinique et internes — est ainsi fixé à dater du 1er janvier et pour tout le cours de cette année :

Hôtel-Dieu. — Médecine : M. le professeur G. Sée ; chef de clinique : M. Oulmont : in. M. Capitan. — M. Hérard ; in. M. Schaeck. — M. Vulpian ; in. M. Merklen. — M. Moutard-Martin ; in. M. Valade. — M. Empis ; in. M. Richardière. — M. Gallard ; in. M. Petit. — Chirurgie : M. le professeur Richet ; in. MM. Courtade, Dalché et Bottey. — M. le professeur Panas ; chef de clinique, M. Bellouard ; in. MM. Bernard, Metaxas et Bournier. — M. Le Fort ; in. MM. Hue et Chaput.

Hôtel-Dieu, annexe. — Médecine : M. Hutinel ; in. M. Barbier. — M. Roques ; in. M. Renault.

La Charité. — Médecine : M. le professeur Hardy ; chef de clinique : M. Josias ; in. M. Derignac. — M. Bernutz ; in. MM. Jousset et Châtelier. — M. Peter ; in. M. Chauffard. — M. Laboulbène ; in. M. Ollive. — M. Desnos ; in. M. Liandier. — M. Féréol ; in. M. Malécot. — Chirurgie : M. le professeur Gosselin ; in. MM. Hoche, Ozenne et Duflaq. — M. Després ; in. MM. Boruli et Ladroitte.

La Pitié. — Médecine : M. le professeur Lasègue ; chef de clinique, M. de Beurmann ; in. M. Charrin. — M. Dumontpallier ; in. M. Ricard. — M. Audhoui ; in MM. Greffier et Didion. — M. Brouardel ; in. M. Siredey. — M. Lancereaux ; in. M. Menard. — M. Cornil ; in. M. Babinski. — Chirurgie : M. le professeur Verneuil ; in. MM. Ramonat, Leclerc et Suchard. — M. Polaillon, in. MM. Dayot, Gomot et Peltier.

Saint-Antoine. — Médecine : M. Mesnet ; in. M. de Molènes. — M. Hallopeau ; in. M. Tuffier. — M. Dujardin-Beaumetz ; in. M. Auvard. — M. Hayem ; in M. Giraudeau. — M. Gouraud ; in. M. Léjard. — M. d'Heilly ; in. M. Meunier. — M. Dieulafoy ; in. M. Soyer. — Chirurgie : M. Terrier ; in. MM. Verchère, Damalix et Gilson. — M. Périer ; in. MM. Gautiez, Bonnaire et Catuffe.

Necker. — Médecine : M. le professeur Potain ; in. M. Sapelier. — M. Blachez ; in. M. Darier. — M. Grancher ; in. M. Notter. — M. Rigal ; in. M. Boissard. — Chirurgie : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. Campenon ; in. MM. Assaky, Barette et Coudray. — M. Guyon ; MM. Guyard, Dieterlein et Jamin.

Cochin. — Médecine : M. Bucquoy ; in., M. Brocq. — Chirurgie : M. Th. Anger ; in., MM. Pillot, Marfan et Perrin. — M. Marchand ; in., M. Boulland.

Beaujon. — Médecine : M. Millard ; in., M. Berthaut — M. Guyot ; in., M. de Gastel. — M. Gombault ; in., MM. Germond et Durand-Fardel. — M. Fernet ; in , M. Chantemesse. — Chirurgie : M. Léon Labbé ; in., MM. Gendran, Luizy et Lehretan. — M. Tillaux ; in., MM. Karth, Leprévost et Leval-Picuechef.

Lariboisière. — Médecine : M. Jaccoud ; in., M. Schmidt. — M. Siredey ; in., MM. Martinet et Ættinger. — M. Proust ; in., MM. Guinard et Cochez. — M. Constantin Paul ; in., M. Boiteux. — M. Bouchard ; in., M. Bourcy. — M. Duguet ; in., M. Delpeuch. — Chirurgie : M. Benjamin Anger ; in., MM. Morel-Lavallée,

Proust et Bourdel.— M. Duplay; in., MM. Trousseaux, Michaux, Defontaine et Barbulée.

Tenon. — Médecine : M. Gèrin-Roze; in., M. Luc.—M. Straus; in., M. Artaud. — M. Rendu; in., MM. Boulley et Pennel. — M. Sevestre; in., M. Gibier. — M. Huchard; in., M. Tissier. — M. Tenneson; in., M. Chéron. — M. Joffroy; in., M. Toupet. — M. Rathery; in., M. Chochan-Latouche.—Chirurgie : M. Delens; in., MM. Carron, Boursier et Delatte. — M. Lucas-Championnière; in., MM. Malibran, Barral et Doyen (Eugène).

Laënnec. — Médecine : M. le professeur Ball; in., M. Bellangé. — M. Ferrand; in., M. Bodinier. — M. Damaschino; in., M Duplaix. — M. Legroux; in., M. Barbe. — Chirurgie : M. Nicaise; in., MM. Uribe et Queyrat.

Les Tournelles. — (Service provisoire.) — Médecine : M. Du Castel; in., M. Ambresin.

Saint-Louis. — Médecine : M. le professeur Fournier; chef de clinique, M. Barthélemy; in., M. Méricamp; in, M. Lailler; io., M. Mathieu; in., M. Guimbout; in., M Dauchez; in. M. Vidal; in. M. Thurien. — M Besnier. — M. Sené. — M. Ollivier; in., MM. Lecoq et Jouin. — Chirurgie : M. Péan; in., MM. de Brun-du-Boisnoir, de Langenhagen et Gailliot.— M. Le Dentu; in., MM. de Lapersanne, Poussan et Binot. — Service provisoire : Médecine : M. Labadie-Lagrave; in., M. Bayoux.

Midi. — Médecine : M. Simonet; in., M. Gilles de La Tourette. — M. Mauriac; in., M. Pignot. — Chirurgie : M. Horteloup; in., M. Wickham

Lourcine. — Médecine : M. Martineau; in., M. Hamonic. — M. Gouguenheim; in., M. Morin. — Chirurgie : M. Berger; in., M. Ayrolles.

Enfants-Malades. — Médecine : M. Bouchut; in., M. Poupon. — M. Labric; in., M. Geffrier. —M. Archambault; in., M Thibierge. — M. Jules Simon; in., M. Lacaze.— M. Descroizilles; in., M. Colleville. — Chirurgie : M. de Saint Germain; in., in., MM. Launois et Tonaille de Laraberre.

Trousseau. — Médecine : M. Bergeron; in., M. Marey. — M. Triboulet; in, M. Frémont. — M. Cedet de Gassicourt; in. M. Broussiu. — Chirurgie : M. Lannelongue; in, MM. Walther et Berne.

Clinique d'accouchements. — Chirurgie : M. le professeur Depaul; chef de clinique : M. Rihemont.

Maternité. — Chirurgie : M. Hervieux; in, M. Mareigney. — Médecine : M. Tarnier; in, M. Olivier.

Maison municipale de santé. — Médecine. M. E. Labbé; in., M. Lavergne. — M. Lecorché; in., M. de Gennes. — Chirurgie : M. Cruveilhier; in., MM. Brossard et Jardet. — M. Marc Sée; iu., MM. Feulard et Rihail.

Bicêtre. — Médecine : M. Dehove; in., MM. Broca et Wins. — M. Fabret; in, MM. Courbatien et Schachmann. — M. Jules Voisin; in., MM. Bidault et Jeanselme. — M. Bourneville; in., MM. Dauge et Buret. —Chirurgie : M Gillette; in., MM. Deschamps, Jacquelatet Vigneron.

Salpêtrière. — Médecine : M. Charcot; in. M. Marie. — M. Lhuys; in. M. Revilliod.—M. Moreau; in. M. Poupinel.— M. Auguste Voisin; in. M. Rivet. — M. Legrand du Saulle · in. M. Legendre(Paul). — Chirurgie, M. Terrillon; in. M. Thoinnot.

Enfants-Assistés. — Médecine : M. le professeur Parrot; in. M. Gallois.— Chirurgie : M. Guéniot; in. M. Haranger.

Incurables. — Médecine : M. Raymond; in. MM. Brodeur et Dubief. — Chirurgie, M Menod; in. MM. Monnier et Crespin.

Ménages. — Médecine : M. Quinquaud; in. MM, Phocas et Butte.

Sainte-Périne.—Médecine : M. Landrieux; in.,MM. Coudoléon et Largeau.

∴

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — La retreite de MM. les docteurs Burguet et Montalier, médecins des hôpitaux de Bordeaux, nommés médecins honoraires, vient de donner lieu aux nominations de MM. Riquard et Vergely comme médecins titulaires de l'hôpital Saint-André, de M. Solles comme médecin titulaire de l'hôpital des Vieillards, et de M. Lande comme médecin titulaire de l'hospice des Incurables.

∴

CLINIQUE LIBRE DES HÔPITAUX DE PARIS. — M le docteur Descroisilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, fera tous les sameds à neuf heures du matin, à partir du samedi 14 janvier 1882, salle Saint-Ferdinand, des leçons cliniques qui porteront plus particulièrement sur les maladies cutanées et les affections chroniques de l'enfance.

∴

COURS LIBRES. — A dater du 14 janvier 1882, M. le docteur Cheron fera tous les samedis, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n. 1 de l'Ecole pratique, un cours de gynécologie (maladies de l'appareil utéro-ovarien.)

— M. le docteur Sinéty fera également à l'Ecole pratiqne, tous les lundis, à cinq heures du soir, un cours de gynécologie.

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours.* — M. le docteur Berger, agrégé, remplaçant M le professeur Gosselin, fera désormais le cours de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité le lndi, le mardi et le vendredi, à huit heures dn matin.

∴

COURS LIBRES. — M. le docteur Mallez a repris tous les jeudis soirs dans l'amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique ses lecons sur l'urologie. Des projections à la lumière oxhydrique montrent les éléments figurés des fermentations urinaires.

∴

CONCOURS. — Le prix annuel de là Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, a été décerné, pour cette année, à M. P. Sébileau, interne des hôpitaux.

∴

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Bornier, professenr de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon, vient d'être nommé officier de l'instruction puublique.

Ont été nommés officiers d'Académie : M. le docteur Pinard, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; M. le docteur Duprey, professeur de chimie et toxicologie à l'Ecole de médecine de Rouen; M. le docteur Padien, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens; M. le docteur Macé, professeur de médecine et toxicologie à l'Ecole de médecine de Rennes; M. le docteur Rebatel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon; M. le docteur Slœm, directeur du Sanitarium de Sindanglaye, et M. le professeur Van Nosten, directeur du jardin botanique de Buitenzorg; M. le docteur Labarthe, rédacteur en chef du *Médecin praticien*; M. le docteur Dumontpallier, médecin des hôpitaux, secrétaire général de la Société de biologie; M. le docteur Floquet (de Peris); M. le docteur Kiemer, médecin-major de 1re classe; ainsi qui nomme les docteurs Chevalier, Gassot, Hache et Mangenot et M. Lebeault, pharmacien à Paris.

THÈSES DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882.

37. M BLONDEL. Le sphygmographe passif. 38. M. CHEVASSUS. De quelques accidents dus aux pansements des plaies par l'acide phénique. 39. M. MERCIER-VALENTON. Étude sur les tensions malignes du crâne. 40. M. ROMANESCU-LÉONIDAS. Essai sur la hernie lombaire. 45. M. LAFAGE. Traitement de la dilatation stomacale par le lavage de l'estomac. 46 M. ROMEC. De l'hypertrophie de la glande mammaire chez la femme dans le cours de la grossesse. 47. M. VALLON. Influence des lésions valvulaires du cœur sur la menstruation. 48. M. AMIRAULT. De l'auscultation plessimétrique dans quelques maladies pleuro-pulmonaires et plus spécialement dans la pneumonie et la tuberculose. 49. M. COURTOIS. De la

diphthérie et de son traitement par la pilocarpine. 50. M. LAVALLÉE. De la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire. 51 M. RAWLATT. Du cœur dans la tuberculose pulmonaire chronique. 52. M. BERTHEUX. Les kystes muqueux des sinus frontaux. 53. M. LESUR. De la surdimutité.

ERRATUM

Nous rétablissons ici les thèses 1 à 6 de l'année scolaire 1881-1882, omises dans un précédent numéro :

1. M. GODIN. Essai sur l'état physique dans la famille et au collège. 2. M. ROMESTON. Des kystes hydatiques des reins. 3. M. BESSIÈRE. Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale. 4. M. RICARD. Contribution à l'étude de la tuberculose des synoviales articulaires et des diverses formes cliniques qu'elle peut revêtir. 5. M. DE BRICON. Quelques observations de rhumatisme cérébral. 6. M. PELGRIN. Essai sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive. Conséquences qu'on peut en déduire au point de vue du siége de la formation de l'urée dans l'organisme.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 30 DÉCEMBRE AU JEUDI 5 JANVIER 1882.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 19. — Rougeole 11. — Scarlatine 5. — Coqueluche 3. — Diphthérie, croup 68. — Dysenterie 3. — Erysipèle 9. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 195. — Autres tuberculoses 18 — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 81. — Bronchite aiguë 67. — Pneumonie 118. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 58. — au sein et mixte 30. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 81. — de l'appareil respiratoire 99. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 7. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 1,281 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA FRANCE ET LES COLONIES, publié par l'administration de L'UNION MÉDICALE. 52e année, — 1882, contenant les noms, qualités et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France et des colonies ; — tous les renseignements utiles sur les Facultés, Écoles, Sociétés de médecine et de pharmacie, hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, eaux minérales, etc., etc. — Est en vente aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue de la Grange-Batelière, 11 ; chez Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine ; et chez tous les libraires du quartier de l'École-de-Médecine. — Prix : 3 fr.

DE LA MORT RAPIDE PAR LE TRAUMATISME CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE NÉOPLASMES PROFONDS, par le docteur Cerné, in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DU DÉCOLLEMENT RÉTINIEN ET DE SON TRAITEMENT, par le docteur Debierre, in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DE LA CÉCITÉ ET DE LA SURDITÉ DES MOTS DANS L'APHASIE, par Skwortyoff, docteur en médecine, etc., in-8, avec figures dans le texte et deux planches. — Prix : 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 3 21 JANVIER 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Un renversement de formes a produit une transposition de pages dans le dernier numéro de la GAZETTE. *On a procédé à un nouveau tirage des huit pages ci-incluses qui permettront aux lecteurs de rectifier l'erreur typographique commise.*

Paris, 19 janvier 1882.

Académie de médecine : UN CAS DE DYSTOCIE HEUREUSEMENT TERMINÉ. — OPHTHALMIE PURULENTE D'ORIGINE RHUMATISMALE.

Le fait de dystocie communiqué à l'Académie de médecine par M. Depaul marquera dans les annales de l'obstétrique. Deux points doivent plus particulièrement fixer l'attention : le volume de la tumeur, dont le poids n'était pas inférieur à 1790 gr., et l'absence d'hémorrhagie à la suite de la section du pédicule par le bistouri.

— M. Maurice Perrin, par la lecture de son travail sur une ophthalmie purulente d'origine rhumatismale, a soulevé à la fois une question de doctrine et une question de pratique.

Si on ouvre les livres classiques, on trouve décrites trois variétés d'ophthalmies purulentes : l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, l'ophthalmie purulente des adultes ou des armées et l'ophthalmie blennorrhagique. Pour la plupart des auteurs, la pathogénie de l'affection dans les trois ordres de cas est la même et procède de la contagion. C'est l'opinion que M. Gosselin a encore exprimée mardi dernier à l'Académie. Cependant cette opinion paraît un peu exclusive, et elle a reçu quelques atténuations. C'est ainsi que, pour l'ophthalmie des armées, en particulier celle qui sévit dans les pays chauds, on fait intervenir l'influence de causes banales, telles que la réverbération de la lumière solaire, les grandes différences de température entre le jour et la nuit, les mauvaises conditions hygiéniques, etc.

De même, en ce qui concerne l'ophthalmie blennorrhagique, on a relevé des cas où la contagion faisait positivement défaut, et l'on connaît les différentes théories auxquelles ces cas ont donné lieu. La plus séduisante est celle qui a été développée par M. Alfred Fournier. On sait que cet auteur décrit deux formes d'ophthalmie blennorrhagique (1) : l'une, dite *ophthalmie de contagion*, très grave, mono-oculaire, coïncidant ou non, chez le sujet qui en est atteint, avec une blennorrhagie ; l'autre, qu'il désigne sous le nom d'*ophthalmie rhumatismale*, dépendant, non de la contagion, mais d'une cause interne, légère, affectant les deux yeux, se développant toujours chez les individus atteints de blennorrhagie, coïncidant fréquemment ou alternant avec des manifestations rhumatismales.

La nouvelle variété d'ophthalmie purulente proposée par M. Maurice Perrin et justifiée, il faut le reconnaître, par les

(1) NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, t. V, p. 251.

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE.

Les médecins biographes.

(Voir l'année 1881, numéros 46 et 51.)

Le nombre des médecins biographes est considérable ; car rien ne semble plus facile au premier abord que d'écrire des biographies. Tout le monde ne se croirait-il pas volontiers capable d'en faire ?

Mais le chemin est long du projet à la chose ;

Il faut en effet à un sérieux biographe des qualités multiples, qui ne s'acquièrent pas en un jour.

Avec une soif irrésistible de la vérité, une grande rectitude de jugement et un besoin invincible d'impartialité, il lui sied d'avoir un esprit assez *compréhensif* pour s'assimiler les choses les plus hétérogènes, une intelligence assez souple pour savoir se mettre toujours, comme on dirait en photographie, au point le plus propice, et en quelque sorte pour renaître artificiellement dans le milieu où a vécu le héros de la biographie. Ajoutez à cela de la clarté dans le style, de la rapidité dans l'exposé des faits, un léger coloris dans la narration, et avant tout une sincérité inviolable. Le biographe consciencieux ne doit rien cacher, même de ce qui peut être défavorable à la mémoire de son modèle. Mais en revanche sa plume possédera les mêmes vertus que la lance d'Achille. Elle devra pouvoir guérir les blessures qu'elle aura faites. Or il est inadmissible que, tout en restant impartial, un biographe ne s'intéresse pas à l'homme dont il retrace la vie ; et un homme capable de n'inspirer à son historien que des paroles haineuses ou des sentiments de mépris mériterait-il les honneurs d'une biographie ? Donc pas de biographie où seule la critique acérée aurait place. De l'indulgence unie à la fermeté dans une exposition des faits lucide, détaillée et par-dessus tout véridique, telles sont, me semble-t-il, les qualités nécessaires à tout homme qui entreprend de raconter la vie d'un de ses semblables.

Balzac a dit : « Le biographe est à l'historien ce que le poète dramatique est au poète épique (1) ». C'est qu'en effet le vrai biographe doit faire parler, agir, en un mot faire revivre les défunts.

(1) Honoré de Balzac. Œuvres complétes, t. XXII de l'édition définitive, p. 102. *Portraits et Critique littéraire.*

faits qu'il a produits, est comme une combinaison, eu égard à quelques-uns de leurs éléments, des trois variétés précédentes. Elle emprunte, en effet, à l'ophthalmie des armées l'influence des causes extérieures banales; à l'ophthalmie de contagion, sa gravité; à l'ophthalmie rhumatismale de M. Fournier, sa coïncidence avec les manifestations articulaires du rhumatisme. Elle se distingue de cette dernière forme en ce que, suivant la manière de voir de M. Fournier, la blennorrhagie, symptôme primitif et capital, imprime au rhumatisme et à ses manifestations oculaires ou articulaires un caractère spécial, tandis que, dans la théorie proposée par M. Perrin, c'est le rhumatisme, héréditaire ou acquis, qui domine la scène et commande même aux symptômes uréthraux.

M. Gosselin a pensé, en vrai clinicien, que ces distinctions doctrinales doivent conduire à des méthodes thérapeutiques différentes, et il a proposé, dans les cas semblables à ceux de M. Perrin, de recourir à la médication antirhumatismale, en particulier au salicylate de soude. L'idée fera sans doute son chemin, et de nouveaux faits ne tarderont pas à confirmer ou à infirmer l'hypothèse de M. Perrin et l'induction qu'on en a tirée pour la pratique.

Dr F. de Ranse.

SÉMÉIOLOGIE

Du tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques, par M. J. Grancher, agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

Le tympanisme sous-claviculaire, connu depuis les travaux de Skoda et étudié en France par MM. Roger (1852) et Woillez (1856), a été envisagé dès l'origine comme un signé d'épanchement pleurétique, et plus rarement de pneumonie et d'œdème pulmonaire. Ses variétés, relatives à la hauteur plus ou moins grande du son perçu ou à son intensité et au rapport réciproque de ces deux éléments, ont été l'objet de discussions nombreuses, et les auteurs ne s'accordent guère sur ce point.

On confond généralement toutes les hypersonorités avec le tympanisme, qui devient ainsi le signe banal d'une foule d'affections : emphysème, pneumothorax, cavernes pulmonaires, épanchements pleuraux, pneumonies, œdèmes, etc.; ou si l'on cherche à faire un classement, comme l'ont tenté MM. Barth et Roger, on est conduit à séparer le son *clair* du son *tympanique*. Ce dernier, d'après les auteurs que je viens de citer, n'appartient qu'au pneumothorax; le son *clair* se rencontre au contraire dans les épanchements intra-pleuraux, dans les cavernes, les dilatations bronchiques, etc. (1865, *Traité d'auscultation et de percussion*).

M. Woillez se rapproche davantage de l'interprétation allemande (1879, *Traité de percussion et d'auscultation*). Il distingue cinq variétés de tympanisme ou mieux de sonorités sous-claviculaires anormales, dont trois principales qui sont fondées sur les rapports de l'intensité avec la tonalité du son perçu. Comme tous les auteurs précédents, M. Woillez constate la fréquence de ces phénomènes dans la pleurésie et ajoute qu'on les rencontre aussi dans d'autres lésions pulmonaires, mais il n'en tire aucune déduction pronostique.

Traube avait fait remarquer que si la tonalité du son tympanique est basse, l'épanchement n'est pas très abondant, et qu'au contraire une tonalité plus haute du son se rencontre généralement quand le liquide pleurétique atteint le mamelon. C'est encore une donnée de diagnostic dans laquelle intervient la notion de quantité du liquide; cette donnée est exacte, au moins pour la plupart des faits.

Dans son récent *Traité de percussion*, Weil insiste sur les variétés de tympanisme qu'on peut rencontrer soit dans un espace ouvert à l'air extérieur, comme une caverne communiquant largement avec une bronche, soit dans un espace clos, un pneumo-thorax partiel par exemple, et il étudie, dans les deux cas, les causes de l'élévation des tonalités et de l'augmentation d'intensité du son. Il montre que le calibre de l'orifice de communication d'une part et d'autre part la capacité de l'espace clos, son état de tension, son état de surface, rugueux ou lisse, sont autant d'explications des variétés du tympanisme. (Adolf Weil. Leipzig, 1880, *Lehrbuch der Percussion*.)

Ce côté de la question a séduit les médecins allemands, et, depuis Skoda, de nombreuses recherches ont été faites dans cette voie de physique expérimentale qui doit conduire à éclairer la pathogénie de toutes les variétés du tympanisme.

Est-ce une augmentation ou une diminution de la quantité de l'air contenu dans le poumon, refoulé par l'épanchement pleural, qui est la cause directe du tympanisme? Quelle est la part de la tension des parois alvéolaires ou de leur relâche-

---

Mais combien peu de biographes médicaux ont rempli ce programme! La plupart ont eu des visées plus hautes et ont cherché surtout à montrer le rôle de leur héros dans les progrès de la science! A peine pourrions-nous citer quelques exemples parmi ceux qui ont borné leur ambition à ne vouloir que raconter les faits et gestes du sujet de leur biographie.

Ainsi fit, au siècle dernier, Vacher, chirurgien de Besançon, dans sa *Vie de frère Jacques Beaulieu*, le restaurateur et le second père de la taille latérale (Dijon, 1757 (1).

Ainsi l'a fait plus près de nous C. Laurent, ancien chirurgien principal des armées et membre de l'Académie de médecine, qui a écrit une histoire très soignée et fort intéressante de la *Vie et des ouvrages de J.-P. Percy*, composée sur les manuscrits originaux (in-8, Versailles, 1827).

Puis encore Sormani (Napoléon-Maximilien), médecin du grand hôpital de Milan (mort en 1849), qui a écrit la biographie de son compatriote J.-B. Monteggia (1), l'un des meilleurs chirurgiens et l'un des plus estimés professeurs du commencement de ce siècle.

Henri Gouraud, professeur agrégé de la Faculté de Paris, disciple et ami de Récamier, a publié moins une biographie qu'un éloge ou plutôt un panégyrique de son maître à peine disparu (2). Mais ce panégyrique, bien que l'admiration la plus enthousiaste y déborde, se recommande par la sincérité de l'accent et par la multiplicité des détails biographiques. On voit que Gouraud connaissait Récamier autant qu'il l'aimait.

Parmi nos contemporains, nous pourrions rattacher à cette catégorie de *monobiographes* et M. Brierre de Boismont (3), pour son travail sur la vie et les écrits de Joseph Guislain, le célèbre aliéniste de Belgique (Paris, 1867); et S.-D. Gross, pour sa bio-

(1) Souberbielle, le lithotomiste (1751-1846) a également publié, en 1841, trois feuilletons, fort incomplets d'ailleurs, sur la vie de frère Jacques. (Gazette des hopitaux, n° 12, 14 et 15.)

(1) *Vita di G. Batista Monteggia*, Milan, 1839, grand in-8.

(2) Récamier est mort en juin 1852. La préface de l'éloge est datée du 25 février 1853. Paris, in-8.

(3) Le docteur Brierre de Boismont est mort quelques jours après que ces lignes avaient été écrites, en décembre 1881.

ment ? etc., etc. Skoda, Wintrich, Gullmann et, plus récemment, Friedreich et Weil, ont discuté longuement tous ces points.

Je ne place aujourd'hui la question ni sur le terrain de l'acoustique pure, ni sur celui de la valeur diagnostique du tympanisme sous-claviculaire, n'ayant rien à ajouter à ce qui est déjà connu.

Je désire étudier le tympanisme sous-claviculaire au point de vue du pronostic des épanchements intra-pleuraux, qui en sont la cause première. A ce point de vue, les cinq variétés de M. Woillez qu'on peut, à mon sens, réduire utilement à trois, n'ont aucun intérêt; ce n'est pas en étudiant les nuances de tonalité ou d'intensité du tympanisme qu'on peut arriver au résultat que je poursuis, mais bien en cherchant dans quelle combinaison, dans quelle association les autres signes physiques, fournis par la palpation et l'auscultation, se rencontrent avec le tympanisme, quelle que soit du reste sa variété.

Ce n'est donc pas sur l'étude de la sonorité sous-claviculaire seule que sont fondées mes recherches, mais bien sur l'ensemble des signes physiques qui l'accompagnent. Or trois circonstances principales peuvent se rencontrer :

1o Le tympanisme sous-claviculaire coïncide avec une *augmentation* de la respiration, et une *augmentation* parallèle des vibrations thoraciques.

2o Le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une *augmentation* des vibrations vocales, mais la respiration est *diminuée*.

3o Le tympanisme sous-claviculaire se rencontre avec une *diminution* du murmure respiratoire et une *diminution* des vibrations.

Or à chacune de ces trois circonstances capitales correspond un état physique particulier du poumon. Tous les cliniciens connaissent l'importance du problème qui se pose dans les termes suivants : Étant donné un épanchement pleurétique, quel est l'état du poumon ? De cet état dépend souvent, en effet, l'avenir de la pleurésie.

Déjà M. Hirtz (de Strasbourg) et récemment M. Potain, ont abordé le problème par un autre côté et ont réussi, au moins pour quelques cas, à poser les bases du diagnostic de la congestion pulmonaire derrière l'épanchement pleurétique. M. Serrant a résumé dans sa thèse les idées de ces deux maîtres, idées que vous connaissez ; mais M. Woillez, tout en admettant la justesse théorique de leurs opinions, demande des preuves anatomiques, et, pour ne pas encourir ce reproche, j'apporte pour chacun des trois groupes de faits que je vais énumérer des autopsies confirmatives.

I. Dans certaines pleurésies avec épanchement, dans certaines pneumonies, le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une respiration puérile exagérée aux deux temps et d'une augmentation très notable des vibrations thoraciques, non seulement par rapport à l'état physiologique, mais par rapport au côté droit par exemple, si la pleurésie est à gauche (ce qui indique une augmentation vraiment considérable).

Quand cette *association* des signes physiques se rencontre, association qu'on peut représenter par le schéma suivant :

Son...... +
Vibr...... +
Resp..... +

je conclus à l'intégrité du parenchyme pulmonaire, qui subit sans doute les effets de la compression et du refoulement, mais ne prend qu'une part indirecte et passive au processus morbide. D'où cette déduction, que la pleurésie est simple et offre les plus grandes chances de guérison complète. (Je néglige à dessein les adhérences pleuro-pulmonaires, qui sont la conséquence de toute pleurésie.)

J'ai cinq observations qui viennent à l'appui de cette proposition. Trois pleurétiques sont aujourd'hui complètement guéris. Un pneumonique a succombé et nous a fourni l'occasion de vérifier l'état anatomique prévu du lobe supérieur du poumon. Ce lobe, dans la région sous-claviculaire, au point même où l'ensemble des signes physiques relevés plus haut se rencontrait, était sain, crépitant, souple ; tout le reste du poumon était en hépatisation au deuxième et troisième degré. Même vérification fut faite dans l'autopsie d'un malade atteint d'hydrothorax, d'origine cardiaque.

Je crois donc pouvoir affirmer que le *tympanisme sous-claviculaire associé*, c'est-à-dire uni à une modification parallèle et en + des vibrations vocales et de la respiration, signifie que le lobe supérieur du poumon est sain. On pourrait adopter une formule abréviative et appeler cette variété *tympanisme de suppléance*. Ce qui se passe en effet dans cette partie du poumon qui surnage à l'épanchement n'est qu'un cas particulier d'une loi beaucoup plus générale, qu'on pourrait, à mon sens, formuler ainsi : *Toute respiration sup-*

---

graphie du chirurgien américain Valentine Mott (Philadelphie, 1868), et les docteurs Charles Ozanam et A. Milcent qui, chacun de leur côté, ont publié une biographie de Jean-Paul Tessier, le fondateur de L'ART MÉDICAL.

Bien plus, en négligeant pour le moment ceux de nos confrères qui ont écrit des biographies extra-médicales, nuus pourrions citer ici les noms d'un grand nombre de journalistes, car tout journaliste, de par sa profession, a été biographe à son heure (1).

Combien d'autres encore de nos confrères ont été biographes par occasion ! M. Potain mettra une biographie de Racle en tête du traité de *Diagnostic médical ;* M. Henri Roger écrira pour tel recueil encyclopédique (2) une notice sur Andral; tel autre, au nom d'une société savante (1) ou d'un corps enseignant, tracera un court historique de la vie d'un collègue regretté.

Si l'on peut dire que le *genre biographique* commence où finit l'histoire, n'a-t on pas le droit de prétendre que la biographie s'étend jusqu'à la notice nécrologique et jusqu'au dernier adieu jeté sur une tombe qui se ferme ?

Mais alors quelle nuée de médecins biographes ne compterions-nous pas !

Nous devons nous borner.

Jetons un coup d'œil sur le groupe si riche de ceux qui, étendant les limites de la biographie, ont pris la vie d'un homme pour point de départ d'une étude plus générale sur la science cultivée par leur sujet, sans s'astreindre à rester dans la sphère plus modeste des actes de l'homme privé.

Ceux-là ont fait en somme de la biographie démonstrative plutôt que de la biographie pure. Ils tracent la vie d'un homme en tant que savant, étudiant, analysant, jugeant ses travaux pour en déterminer l'importance et établir l'influence qu'il a exercée sur la marche de la science.

(1) Je me reprocherais de ne pas citer ici le nom du regretté Paul-Louis-Balthazar Caffe (né à Chambéry en 1803, mort à Paris en 1876). Par le soin que le sympathique et si accueillant vétéran du journalisme médical apportait à la rédaction des notices nécrologiques, la collection du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES PRATIQUES sera précieuse pour les futurs biographes.

(2) Il s'agit du DICTIONNAIRE DE LA CONVERSATION, dans lequel on trouvera bien d'autres médecins parmi les auteurs de biographies, Isidore Bourdon, Pariset, Fossati, etc.

(1) Témoin M. A. Motet prononçant, devant la Société médico-psychologique, l'éloge de Trélat, l'aliéniste regretté.

plémentaire s'accompagne d'une augmentation du son et des vibrations vocales.

(A suivre.)

NEUROLOGIE

NOTE SUR LES RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE L'HYSTÉRIE, par le docteur E. RÉGIS, chef de clinique des maladies mentales.

1o COEXISTENCE POSSIBLE, MÊME CHEZ L'HOMME, DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE L'HYSTÉRIE. — 2o INFLUENCE DE L'HYSTÉRIE SUR LA FORME, LA MARCHE ET LA DURÉE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Je reprends maintenant, au point où je l'ai laissée, l'observation du malade.

Après son accès extatique du 4 janvier, R... devint complétement calme. Ses idées mélancoliques disparurent entièrement; les symptômes physiques de paralysie générale qu'il présentait diminuérent d'une façon notable et un état de rémission très accentué survint qui se prolongea durant six mois. Pendant tout ce temps, il se montra très raisonnable et ne cessa de s'occuper aux ateliers de l'asile — il demandait fréquemment sa mise en liberté. Il conservait néanmoins encore une très légère inégalité des pupilles, un peu d'hésitation dans la parole et un certain tremblement des lèvres et des mains qui s'accentuait beaucoup sous l'influence de l'émotion et augmentait passagérement son embarras de prononciation. Son caractère hystérique était toujours des plus marqués.

Le 10 juillet, subitement, le malade s'excite : il refuse d'aller au travail; il va et vient dans la cour, criant, gesticulant, et manifestant des idées de richesse et d'ambition incohérentes. *Il veut créer une grande fabrique de rasoirs marchant à la vapeur ; il a 30,000 francs de fortune ; il veut apprendre beaucoup de langues pour voyager à l'étranger*, etc... Sa parole est très embarrassée et son tremblement très apparent. Le 11 et le 12, son excitation continue et prend le caractère de l'égarement. A la visite, il s'approche, l'air hagard, les yeux rouges, les lèvres tremblantes, et dit d'une voix à peine distincte : « *Il faut que je fasse un discours.* » — Après quoi, il s'écrie avec violence : « *O France! France chérie! je veux que tu sois belle et que tout l'univers soit en République!* »

Cet accès de manie ne dure que trois jours. Au bout de ce temps, le calme renaît, et une nouvelle rémission survient qui dure cinq mois.

Le 3 décembre, R... a trois attaques d'hystérie à forme convulsive accompagnées d'extase. Il semblait voir le ciel et poussait des cris continuels. Le lendemain, pendant la nuit, il s'étend par terre au milieu du dortoir et a une nouvelle attaque, qui est suivie d'une émission abondante d'urine. Le 5 décembre, attaques et agitation violente pendant toute la journée.

Le 6, tout rentre dans l'ordre ; un calme absolu se manifeste et dure encore pendant trois mois et demi.

Le 22 mars 1881, changement de caractère, qui se traduit par un peu d'excitation, de la loquacité, etc... Le 25 au matin, l'accès éclate. Le malade commence par uriner dans son lit, puis il pousse des gémissements, des plaintes entrecoupées et incohérentes : « *R... m'a empoisonné! m'a assassiné! avec de l'arsenic! Je suis mort! Voilà mon cadavre!* » En même temps il se découvre, ferme les yeux et garde une immobilité absolue. Bientôt ses membres se raidissent; il s'archoute et ne touche son lit que des pieds et des mains. Enfin il se laisse tomber à terre et se met en croix sur le plancher.

Le 26, la crise cesse. R... se montre triste, timide, taciturne, baisse les yeux, parle à voix très basse et se refuse à parler de son accès de la veille. Ce calme dure encore le lendemain.

Le 28, l'agitation reparait plus violente encore et le malade a plusieurs attaques successives. La nuit, on le trouve sur le parquet, les bras en croix, et proférant des paroles incohérentes: « *Je suis le poison!... Ne me touchez pas!... Vous mourrez tous!... Océan, ouvre-toi et écrase-les!... Artilleurs, foudroyez-les!... Tonnerre, tombez sur eux!. . Sainte Vierge, protégez-moi!... Oui! je le vois, vous êtes des damnés!... Dansez, je vous l'ordonne!... Vous devez obéir!...* » En même temps, il cherche à mordre et à cracher sur les personnes qui l'entourent, disant qu'il distille son plus fort poison pour les anéantir. Le tout entremêlé de cris de joie, de pleurs, de colère et de moments d'extase pendant lesquels il se raidit au point qu'il est impossible de lui faire plier les bras et les jambes. Il est dans l'espace, il est le maître de l'Océan, les anges l'accompagnent et le protègent, etc., etc. Le 29, l'agitation atteint son maximum; R... est complétement incohérent et prononce des mots sans suite, tels que : « *Mon soleil! foudre! poison! canaille! Sainte Vierge! Tue! tue! Vengeance! Un crachat!* » Il dit voir des cigognes, des autruches, des lions d'Afrique, des tigres; il boit son urine et prend dans son lit les positions les plus impossibles. A certains moments, il se masturbe les yeux fermés et en poussant des gémissements; dans d'autres, il est immobile, en extase, la bouche grande ouverte et les yeux sortant presque de l'orbite. Ses lèvres sont tellement tremblantes que la parole devient à peine compréhensible..

Le 31 mars, la crise cède tout à coup et elle est remplacée par une dépression profonde avec mutisme, hébétude, refus

---

Ainsi, lorsque Malgaigne met en tête de sa belle édition des œuvres d'Ambroise Paré une biographie du célèbre chirurgien de Henri II, il nous trace du même coup une histoire de la chirurgie depuis les origines jusqu'au seizième siècle (1).

Lorsque P.-E. Chauffard écrivait son étude sur Andral (2), il se proposait surtout de nous retracer l'état de la médecine en France à l'époque de la Restauration, plutôt que de nous raconter la vie laborieuse du grand clinicien.

De même Flourens, dans ses *Vies* de Buffon et de Cuvier, au lieu de faire de simples biographies, se constituait l'historien des sciences naturelles et continuait pour ainsi dire son *Histoire de la circulation.*

C'est encore à cette catégorie qu'appartiendrait A. Pouchet pour son *Histoire d'Albert le Grand*, créateur des sciences au moyen âge.

(1) Voici d'ailleurs au complet le titre de cette introduction qui a pu former un volume à part de 350 pages : *Sur l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident du sixième au seizième siècle, et sur la vie et les ouvrages d'A. Paré.* Paris, 1840, in-8.

(2) ANDRAL, *la Médecine française de 1820 à 1830.* Paris, 1877.

Félix-Archiméde Pouchet, né à Rouen le 26 août 1800, commença dans sa ville natale ses études médicales qu'il vint terminer à Paris, où il fut reçu docteur en 1827. — Presque aussitôt après il devenait professeur d'histoire naturelle et directeur du Muséum de Rouen. En 1838, il ajoutait à ces titres celui de professeur de l'Ecole de médecine. Ses travaux en botanique, en zoologie, en physiologie, sont considérables. Mais ce sont surtout les questions relatives à la reproduction des êtres qui attirèrent spécialement son attention, et firent l'objet de plusieurs publications, depuis sa *Théorie positive de l'ovulation spontanée* (1847), qui obtint le prix de physiologie expérimentale à l'Institut de France, jusqu'à son *Traité de la génération spontanée* et de nombreuses communications à l'Académie des sciences.

Grand fut l'émoi, dans le monde scientifique comme dans le monde philosophique, lorsque, en 1864, plusieurs disciples ou plutôt collègues de Pouchet, MM. Joly (de Toulouse), Musset (de Bordeaux), etc., entreprirent une sorte de croisade en faveur de *l'hétérogénie.* M. Pasteur se constitua l'ardent adversaire de cette doctrine; et n'est-ce pas à la suite des expériences qu'il avait faites alors pour défendre la panspermie et combattre les hétérogénistes que M. Pasteur est entré de plain-pied dans la voie où il marche

d'aliments, immobilité presque absolue... Cet état se prolonge pendant seize jours, époque à laquelle l'agitation reparaît.

Cette fois, bien que s'accompagnant comme toujours d'attaques, de délire incohérent et d'hallucinations, elle revêt un caractère d'alternance très manifeste. Calme pendant un ou deux jours, le malade s'excite pendant un temps analogue et ainsi de suite pendant deux mois.

A ce moment, les intervalles de calme disparaissent, et un état d'agitation permanente s'établit, sans attaques, ni hallucinations, ni phénomènes extatiques. L'accès maniaque ressemble alors de tous points à ceux qui surviennent parfois dans le cours de la paralysie générale. Le malade est incohérent, désordonné dans ses actes et dans ses propos, il déchire ses vêtements, se souille d'ordures, maigrit et prend comme un aspect cachectique.

Au mois d'août, une nouvelle rémission survient qui s'accompagne d'un calme à peu près complet. Les symptômes physiques de la paralysie générale existent toujours, mais ils sont peu accentués. L'état intellectuel est plus satisfaisant encore; tout délire a disparu, et, chose plus étonnante, R... ne présente pas, à proprement parler, d'affaiblissement intellectuel, bien qu'il soit déjà depuis près de 2 ans dans le service. Interrogé à fond à ce moment, il montre qu'il a conservé un souvenir exact des principaux événements de sa vie et qu'il se rappelle les moindres incidents de son séjour dans le service. Au lieu de cette indifférence complète du paralytique qui, tombé bientôt dans une démence abjecte, vit dans l'impassibilité la plus profonde et reste absolument étranger à tout ce qui se passe autour de lui, R... a conscience du milieu dans lequel il vit et connaît les êtres qui l'entourent. C'est ainsi qu'à mon retour, après quarante jours d'absence, il vient à moi, m'appelant par mon nom, et me demandant raisonnablement de mes nouvelles.

J'insiste sur ce fait de l'intégrité presque complète de l'intelligence chez le malade, pour montrer qu'à ce moment, c'est-à-dire au commencement du mois de septembre, il se trouvait encore en pleine rémission, et que, depuis deux ans, la paralysie générale dont il était atteint semblait n'avoir pas fait de progrès sensibles.

Or, vers la fin de ce mois, une fièvre typhoïde survient qui, après s'être accompagnée d'hémorrhagies intestinales graves et avoir revêtu un caractère adynamique très prononcé, emporte le malade le 30 septembre, au huitième jour de sa maladie.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après par MM. Chambard et Vallon, chef et aide du laboratoire de la clinique, donne les résultats suivants :

1o Les lésions de la fièvre typhoïde sont assez accentuées, surtout au niveau de l'iléon (ulcérations profondes pénétrant au sein de la tunique musculeuse, ganglions sous-péritonéaux volumineux et un peu mous, etc.).

2o En ce qui concerne la paralysie générale, les lésions trouvées sont à peine celles du début de la maladie.

L'encéphale pèse..................	1.329 grammes.
L'hémisphère droit du cerveau....	555 —
L'hémisphère gauche du cerveau..	586 —
Le cervelet........................	156 —
La protubérance et le bulbe.......	32 —

Aucune trace de méningite.

Quelques ulcérations superficielles de 1 à 6 millimètres de longueur au niveau des circonvolutions frontales et temporales, surtout du côté gauche. Fines granulations épendymaires à la surface des ventricules moyen et latéraux; granulations un peu plus confluentes sur la paroi du quatrième ventricule.

Rien de particulier aux coupes. Les altérations histologiques sont très peu accusées; il n'existe pas d'hémorrhagies dans les gaines vasculaires au niveau des lésions corticales.

En dehors de ces quelques lésions, l'encéphale est complètement sain et se fait remarquer par la fermeté et la consistance de sa couche corticale, fait qui contraste avec ce qu'on observe habituellement dans la paralysie générale progressive.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Questions d'hygiène.

Sur la contagion de la fièvre typhoïde, par le docteur Arnould (de Lille).

Une petite épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi dans le service dirigé à l'hôpital militaire de Lille par notre savant collaborateur, lui a été une occasion d'étudier de près les conditions de transmission de cette maladie. L'opinion générale range la fièvre typhoïde dans les affections infectieuses, et son développement demande l'existence préalable d'un foyer, le contact direct du malade, la *contagion* est mise hors de cause, et Van Gietl a été jusqu'à dire: « Nu et lavé, le typhoïsant ne compromettrait personne. » Les faits observés par M. Arnould, la diffusion rapide de la maladie à une série de malades d'une même salle d'hôpital, en dehors de toute épidémie en ville, semblent contredire ces affirmations trop absolues; il semble que dans certains cas, la dothiénentérie puisse être

si glorieusement encore aujourd'hui, voie si féconde en découvertes remarquables, souvent surprenantes mais parfois aussi surfaites par des prosélytes trop enthousiastes ou trop pressés de conclure? F.-A. Pouchet n'aurait-il que la seule gloire d'avoir pour ainsi dire suscité l'esprit hardi et entreprenant de son adversaire en l'aiguillonnant par une polémique vigoureuse autant que par ses expériences contradictoires, F.-A. Pouchet aurait bien mérité de la science.

Mais il n'a pas fait que cela : son *Histoire des sciences naturelles au moyen âge, ou Albert le Grand et son époque considérés comme point de départ de l'école expérimentale* (Paris, 1853), et son livre presque populaire : l'*Univers, les infiniment grands et les infiniment petits* (1865), sont encore des œuvres très méritantes. J'allais oublier une autre de ses œuvres, et des meilleures, comme le disait Alexandre Dumas père à propos de son fils.

Pouchet a laissé, lui aussi, un fils que les lauriers et parfois les épines du journalisme n'ont pas empêché d'arriver à une chaire du Muséum d'histoire naturelle. Félix-Archimède Pouchet n'a pas assez vécu pour assister au couronnement de son œuvre, à la glorification de son nom dans la personne de son fils. Il est mort le 6 décembre 1872.

Un autre de nos confrères, plus connu comme vulgarisateur de la science que pour ses œuvres médicales, M. Louis Figuier, docteur de la Faculté de Montpellier (1841) et professeur agrégé de l'École de pharmacie de Paris (1863), a touché à la biographie médicale. En laissant de côté son *Histoire des principales découvertes scientifiques modernes* (Paris, 1851-53), son livre sur l'*Alchimie et les Alchimistes* (1854) et son *Histoire du merveilleux dans les temps modernes* (1859-1860, 4 vol.), je rappellerai que bon nombre des pères de la médecine ont un médaillon, un buste ou un portrait dans cette vaste publication où sont retracées les *Vies des Savants illustres* depuis l'antiquité jusqu'au XIXe siècle (Paris, 1866, 5 vol. in-8°, 2e édition en in-12).

Ils sont bien nombreux encore, les noms qui solliciteraient notre attention. Je n'en citerai que quelques-uns :

Le docteur Michéa pour cette galerie des célébrités médicales de la Renaissance, Paracelse, Corneille Agrippa, André Vésale, Jean de Wyer, dont il publiait les portraits dans la Gazette médicale en 1842 et en 1843.

Le docteur Rommelaére pour sa biographie de Van Helmont, couronnée par l'académie de médecine de Belgique au concours de

réellement contagieuse. S'agit-il d'un contago atténué ou renforcé, d'un terrain plus ou moins favorable? L'hygiéniste lillois ne se prononce pas. Il incline cependant vers la seconde hypothèse, et fait remarquer la déplorable installation hygiénique de l'hôpital militaire de Lille : dans un pareil milieu, la création d'un foyer peut être fort rapide, et la contagion apparente pourrait bien n'être qu'une infection d'une activité toute particulière. L'examen rigoureux de petites épidémie locales peut seul permettre de trancher la question et de ranger définitivement la fièvre typhoïde dans les affections infectieuses ou dans les affections contagienses. (BULLETIN MÉDICAL DU NORD, juillet 1881.)

LES ALCALOÏDES DU MAÏS GATÉ, par le docteur JULES ARNOULD (de Lille).

Le BULLETIN MÉDICAL DU NORD (n° d'août 1881) contient, sous la signature de l'éminent hygiéniste bien connu des lecteurs de la *Gazette*, une étude du plus haut intérêt sur les principes toxiques produits par la fermentation du maïs sain et du maïs gâté. C'est le compte rendu résumé de nombreuses expériences faites en 1869 par le professeur Lombroso (de Turin), expériences récemment reprises et contrôlées par le professeur Husemann (de Gœttingue) et par son élève, le docteur Cortez. De ces divers travaux, il résulte que l'on peut extraire du maïs fermenté plusieurs substances (huiles, résines, alcaloïdes), qui, administrées à des animaux, soit par l'estomac, soit en injections hypodermiques, produisent à des doses relativement faibles des phénomènes convulsifs et la mort. Un produit, la *maïsine*, qui paraît être un alcaloïde encore impur au point de vue chimique, produit un ensemble de troubles successivement tétaniques et narcotiques, qui semblent indiquer la présence de deux alcaloïdes à effets opposés, et que l'on n'est pas encore parvenu à isoler.

Bien que très incomplètes encore, ces expériences paraissent devoir éclairer la question si discutée de l'étiologie de la pellagre, et ajouter un chapitre intéressant à l'étude encore nouvelle des poisons putrides et des alcaloïdes de fermentation. (BULLETIN MÉDICAL DU NORD, août 1881.)

NOTE SUR UNE NOUVELLE CAUSE D'HYGROMA PROFESSIONNEL; HYGROMA PRÉROTULIEN DES COCHERS DE TRAMWAYS, par le docteur PONCET (de Lyon.)

M. Poncet soulève une question complètement neuve de pathologie et d'hygiène professionnelles. La création incessante de lignes de tramways sur tous les points va agrandir le champ des observations et, l'attention une fois éveillée, il n'est que trop certain que les observations vont se multiplier.

Certains modèles de tramways, ceux qui sont garnis d'une plate-forme à l'avant et à l'arrière, sont seuls en cause; dans ces voitures, le frein, manœuvré par le cocher debout ou assis, se compose d'une tige métallique solide terminée en haut par une sorte de manivelle ; en has, au niveau du plancher de la voiture, par une roue dentée sur laquelle tombe un cran d'arrêt que le cocher fait mouvoir avec l'extrémité du pied droit.

A chaque manœuvre du frein, il faut déployer une force considérable, car il faut agir sur une masse de 7 à 8,000 kilogrammes, lancée avec vitesse sur des rails ; le cocher, tenant d'une main les rênes, de l'autre la manivelle du frein, et obligé de garder son pied droit libre pour agir sur le cran d'arrêt, s'arcboute tout naturellement du genou gauche contre la plaque de tôle qui forme l'avant de la voiture. Si l'on veut bien réfléchir que ces manœuvres sont pour ainsi dire incessantes sur les lignes très fréquentées, qu'elles se reproduisent, au dire des intéressés, jusqu'à cent fois par heure et que la journée de travail est de quinze à dix-huit heures, on voit que le genou gauche subit un millier de fois par jour une pression énergique contre un corps résistant.

Dans ces conditions, on pouvait conclure, *à priori*, à l'inflammation inévitable de la hourse séreuse prérotulienne ; c'est en effet ce qui est arrivé. Dans l'espace de quelques jours, M. Poncet a vu cinq cas d'hygroma aigu chez des cochers des tramways de Lyon; l'enquête fort incomplète qu'il a pu faire à ce sujet lui a montré chez presque tous ces employés des contusions de la rotule, de l'épaississement de la peau, des hydropisies commençantes de la séreuse. Le fait est donc parfaitement établi, et la relation de causalité nous semble indiscutable. De pareils accidents n'ont pas encore été signalés chez les cochers des tramways de Paris, au moins à notre connaissance : il est cependant fort probable qu'ils existent à Paris, comme à Lyon et ailleurs. Le traitement curatif de cet hy-

1866 (1). A ce concours, le docteur Mandon, de Limoges, avait également pris part, et obtint l'accessit (2).

Pétrequin, de Lyon, a publié une intéressante biographie de Cornélius Brœckx (d'Anvers) (3).

Desbarreaux-Bernard, de Toulouse, a consacré une étude à Pierre Fabre, le judicieux syphiligraphe du siècle dernier.

Enfin, le professeur Burggraeve, de Gand, en même temps qu'il inaugurait cette méthode exclusive de thérapeutique dont on prétend faire une médecine nouvelle (la dosimétrie!), a consacré à l'histoire de la vaccine un énorme volume : il a voulu élever un monument à la gloire de Jenner.

Je serais loin d'avoir terminé mon énumération si j'aspirais à être complet. Mais bâtons-nous de jeter un coup d'œil sur les biographies de médecins considérés en dehors de l'exercice de leur profession. Ce sera une transition toute naturelle pour arriver aux médecins qui se sont faits les biographes d'hommes complètement étrangers à la médecine.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

(1) Bruxelles, in-4°.

(2) Le travail de M. Mandon a paru sous ce titre : *Van Helmont, sa biographie, histoire critique de ses œuvres* (in-4°, Paris, 1868). On trouvera dans la GAZETTE MÉDICALE de 1868 quatre articles de M. Guardia contenant une analyse intéressante du mémoire de M. Rommelaère et une critique sévère de celui de M. Mandon.

(3) Voir les feuilletons de la GAZETTE MÉDICALE de 1870.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté de médecine de Paris vient d'approuver la demande de permutation de M. le professeur G. Hayem, qui passera à la chaire d'anatomie pathologique devenue vacante par suite de la nomination de M. Charcot à la chaire de clinique du système nerveux (création récente). — Cette décision a été prise à la majorité de 16 voix contre 13.

groma n'offre rien de spécial; quant au traitement préventif il consisterait en un système de freins dispensant de cette pression du genou, ou tout au moins en un capitonnage élastique de la portion de la plaque métallique sur laquelle s'exerce la pression. Les hygiénistes ont signalé le mal; le traitement, dans le cas actuel, est de la compétence des ingénieurs. (LYON MÉDICAL, n° 37, 11 septembre 1881.)

P. B.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 janvier. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE ANIMALE. — SUR L'EXISTENCE D'UN RYTHME AUTOMATIQUE COMMUN A PLUSIEURS CENTRES NERVEUX DE LA MOELLE ALLONGÉE. Note de M. L. FRÉDÉRICQ, présentée par M. de Lacaze-Duthiers.

Conclusion. — Le rythme commun aux trois centres nerveux présente les phases suivantes :

	Centre respiratoire.	*Centre des vasomoteurs.*	*Centre d'arrêt du cœur.*
I....	Inspiration.	Minimum d'action. La pression artérielle tend a baisser.	Mimimum d'action. Accélération des pulsations cardiaques.
II...	Expiration et pause expiratoire.	Maximum d'action. La pression artérielle ten l à monter.	Maximum d'action. Ralentissement des pulsations cardiaques.

Cette activité intermittente se manifeste en dehors de tout changement dans l'état des organes thoraciques, à condition que le sang qui baigne la moelle allongée présente un certain degré de viscosité. Quand ce sang est trop artérialisé, les trois centres dont il est question suspendent plus ou moins leur action : apnée, dilatation vasculaire, accélération des pulsations du cœur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend une série de pièces relatives à un legs de vingt mille francs fait par Mme Renard, veuve Perron, pour la fondation à perpétuité d'un prix quinquennal de cinq mille francs, qui recevra la dénomination de prix Perron, en souvenir du docteur Perron, son mari. Ce prix sera décerné par l'Académie à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile aux progrès de la médecine; il pourra être partagé entre plusieurs concurrents.

— M. LASSEGUE offre en hommage un ouvrage intitulé : *La Technique de la palpation et de la percussion*, fait en collaboration avec M. le docteur Grancher.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Raoul Deslongchamps, un volume intitulé : *Du traitement des fractures des membres;* nouvelle méthode dispensant du séjour au lit et permettant le transport immédiat, sans douleurs, au moyen de nouveaux appareils en zinc laminé.

M. BOULEY présente, au nom de M. Willems, une série de brochures sur la péripneumonie *contagieuse* et la pleuro-pneumonie exsudative de l'espèce bovine, adressées pour le concours du prix Barbier.

M. CHATIN présente, au nom de M. Husson (de Toul), un volume intitulé : *l'Alimentation animale*, ce qu'elle a été, ce qu'elle doit être, ce qu'elle devient, ce qu'elle produit, comment on la prépare.

M. DEPAUL met sous les yeux de ses collègues une tumeur très volumineuse qu'il a enlevée sur une femme arrivée à peu près au terme de sa grossesse, tumeur qui eût rendu l'accouchement impossible et eût amené la mort de la mère et de l'enfant.

Le sujet de cette observation est une femme de 32 ans, ayant eu déjà trois accouchements ordinaires dont le dernier remonte à 1878. Depuis cette époque sa santé générale et locale n'avait rien présenté de particulier.

Entrée à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, dans la soirée du mercredi 11 janvier dernier, elle raconte que sa grossesse actuelle date du mois d'avril, et cependant la hauteur à laquelle est arrivé le fond de l'utérus indique une gestation à terme.

Pendant les premiers mois de la grossesse, elle a eu des vomissements qui se sont arrêtés après le troisième mois; elle a eu, en outre, l'écoulement blanc jaunâtre habituel aux femmes enceintes, qui s'était depuis sept à huit jours teinté un peu en rouge.

Cette femme, dans les derniers jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, avait senti quelque chose qui lui sortait entre les lèvres de la vulve, et qu'une sage-femme et même un médecin, d'après elle, avaient attribué à la sortie d'une portion de placenta décollé.

M. Depaul, en examinant la malade, constata la présence, hors de la vulve, d'une tumeur rouge violacé, ayant le volume de l'extrémité de la main, de consistance assez ferme, quoique souple et élastique, exhalant une odeur horriblement fétide, due au contact de l'air et à la malpropreté, car il n'existait pas trace de gangrène. Au toucher, rendu très difficile par la présence de la tumeur dans le vagin, M. Depaul trouva une masse considérable remplissant toute la cavité pelvienne, et ne permettant pas au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice du col utérin.

Il se borna à prescrire un grand bain et renvoya le reste de l'examen au jour suivant.

Le soir même, à huit heures et demie, M. Depaul trouva la malade en travail. La partie saillante de la tumeur avait considérablement augmenté de volume, et était devenue grosse comme les deux poings; elle était accolée à la vulve et ne permettait même pas l'introduction du doigt dans le vagin. Les eaux s'étaient écoulées; l'enfant souffrait, ce qui était indiqué par le ralentissement des battements du cœur.

Il fallait agir immédiatement. M. Depaul attira peu à peu la tumeur avec la main et vit sortir du vagin une masse énorme. Par un examen attentif, il acquit la certitude qu'elle avait son point d'implantation sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col; en l'attirant au dehors, il avait entraîné avec elle une partie de cette lèvre antérieure, et l'on voyait manifestement que là était l'origine de la masse fibreuse à laquelle on avait affaire.

M. Depaul pratiqua avec le bistouri la section du pédicule de la tumeur, large de 5 ou 6 centimètres: il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui est l'ordinaire lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérins.

Cette tumeur est remarquable par son volume, car elle ne pèse pas moins de 1,790 grammes; c'est la plus volumineuse qui ait été observée jusqu'à ce jour.

Après l'extraction de la tumeur, l'enfant, qui se présentait par le siège, fut extrait à son tour à l'aide du crochet mousse appliqué sur le pli de l'aine; il était encore vivant; il se mit bientôt à respirer et à crier; il est aujourd'hui parfaitement bien portant et est allaité par sa mère, qui va également aussi bien que possible.

La tumeur, examinée par M. Doleris, chef du laboratoire histologique de l'hôpital des Cliniques, a été trouvée constituée par les éléments du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse; il existe, par places, des cavités contenant des collections sanguines.

M. Depaul termine son intéressante communication par la relation de faits analogues dont l'un a été communiqué par Danyau, en 1851, à l'Académie, et dont l'autre est consigné dans le traité d'accouchement de Cazeaux.

Dans le cas de Danyau, la tumeur pesait 650 grammes; la femme survécut, mais l'enfant avait succombé avant l'extraction.

Quant au fait de Cazeaux, il est remarquable par l'erreur de diagnostic auquel il entraîna des praticiens aussi habiles que Paul Dubois, Danyau et Cazeaux, qui tous, prenant cette tumeur pour un kyste, à cause de la fausse sensation de fluctuation qu'elle donnait à la palpation, enfoncèrent jusqu'à six ou sept fois le trocart dans la tumeur, sans résultat. L'enfant fut retiré vivant, mais la femme succomba peu de temps après l'extraction.

M. Blot dit que le fait si intéressant de M. Depaul lui rappelle un cas analogue qu'il a eu occasion d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur une femme qui habitait place des Vosges et auprès de laquelle il avait été appelé par le médecin qui croyait à la présence d'une portion du placenta à la vulve. C'était une tumeur ayant le volume du poing, implantée également sur la lèvre antérieure du col, qui avait été, comme dans le cas de M. Depaul, confondue avec le placenta. C'est pour montrer la possibilité de cette confusion que M. Blot a rappelé ce fait.

— M. Maurice Perrin lit un travail intitulé : *De la conjonctivite purulente rhumatismale*. Ce travail est basé sur plusieurs observations. L'auteur en a donné le résumé suivant :

En 1876, un jeune homme d'une bonne famille du Midi, engagé volontaire, contracta dans une prison militaire humide une conjonctivite purulente suraiguë, qui lui fit perdre l'œil en quelques jours, malgré le traitement le plus énergique.

M. Perrin, qui soigna ce jeune homme, s'assura à plusieurs reprises qu'il n'y avait pas la moindre trace d'écoulement uréthral.

Le malade affirmait, d'ailleurs, n'avoir jamais eu de blennorrhagie, et comme il était en prison, aucune contamination récente n'était supposable. Les parents de ce jeune homme étaient rhumatisants. C'était là le seul antécédent de famille que l'on pût rapprocher de cette conjonctivite purulente.

Peu de temps après, M. Perrin observa un second fait semblable. Un lieutenant de cuirassiers, très vigoureux, fut pris également d'une conjonctivite purulente, qui devait aboutir à la fonte de la cornée, sans avoir jamais présenté la moindre trace de blennorrhagie.

Ce jeune homme avait été exposé au froid humide, pendant une tournée d'inspection des chevaux, et, dix-sept jours après le début de la conjonctivite, alors qu'elle était à peu près calmée, il fut pris d'un rhumatisme fébrile qui porta sur diverses articulations et se prolongea jusqu'à la fin du deuxième mois.

Un troisième malade, également non blennorrhagique, mais non rhumatisant, s'il ne perdit pas complètement l'œil affecté, eut du moins une perforation de la cornée à la suite d'une conjonctivite purulente, attribuée de même au rhumatisme.

Dans trois autres cas, l'œil put être sauvé. M. Perrin s'appuie sur ces faits et sur quelques autres semblables, pour se demander si les conjonctivites purulentes attribuées généralement à la blennorrhagie ne seraient pas plutôt un effet du rhumatisme.

Suivant lui, le rhumatisme seul pourrait déjà produire par lui-même des écoulements uréthraux semblables à la blennorrhagie, et qui seraient un effet, au lieu d'être une cause. Il serait donc disposé à admettre comme point de départ de ces accidents uréthraux, oculaires ou autres, un état rhumatismal mis en activité par des circonstances diverses, et dont les manifestations simultanées ou successives se localisent, en raison des prédispositions personnelles, soit sur la conjonctive, soit sur l'urèthre, soit le plus souvent sur le système articulaire.

M. Gosselin déclare qu'il n'a jamais vu rien de semblable aux faits communiqués par M. Perrin. Il n'a donc point d'objections à faire à l'interprétation que M. Perrin a cru devoir leur donner.

Les seuls points sur lesquels il désire présenter quelques observations sont deux points de thérapeutique. Il demande d'abord à M. Perrin pourquoi, si les faits en question lui ont paru être des cas de conjonctivite purulente rhumatismale, il n'a pas administré le salicylate de soude aux malades. Ce médicament aurait été à la fois un bon moyen de traitement et un moyen de contrôle de la théorie étiologique à laquelle M. Perrin a cru devoir s'arrêter.

Un autre point de thérapeutique touché par M. Gosselin, c'est celui de l'emploi des lotions d'eau alcoolisée dans la conjonctivite purulente. C'est, suivant lui, le meilleur traitement à mettre en usage en pareil cas. Ces instillations doivent être faites fréquemment avec de l'eau contenant un quart ou un cinquième d'alcool.

M. Bouley demande si, dans l'armée, les prisons sont toujours aussi mal installées, au point de vue de l'hygiène, qu'au temps où le jeune homme de bonne famille y contracta une conjonctivite purulente qui lui fit perdre un œil.

M. Perrin répond à M. Gosselin qu'il n'a pas donné le salicylate de soude à ses malades parce qu'il n'était pas sûr, comme d'ailleurs il ne l'est pas encore, que la conjonctivite purulente fût due au rhumatisme.

Quant aux lotions d'eau alcoolisée, il ne les a jamais pratiquées dans la conjonctivite purulente; il a pour habitude de prescrire des lavages incessants avec le pulvérisateur, de manière à enlever, au fur et à mesure de leur production, les cellules épithéliales et les globules purulents qui s'accumulent dans les culs-de-sac conjonctivaux.

En ce qui concerne la question de M. Bouley, M. Perrin ne possède pas par devers lui des informations suffisantes pour y répondre.

— La séance est levée à cinq heures

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1882. — Présidence de M. de Saint-Germain.

M. Desanneaux (d'Angers) fait une communication : *Contribution à la pratique de l'énucléation des fibrômes utérins*. M. Desanneaux cite plusieurs observations :

1o Femme de 52 ans. Fibrôme volumineux faisant saillie par le col de l'utérus; accidents généraux graves obligeant à une intervention immédiate. Fractions lentes et progressives au moyen de pinces de Museux appliquées sur la tumeur, et d'une chaîne d'écraseur passée au-dessus des pinces; puis destruction des adhérences de la tumeur avec l'index de chaque main introduit successivement dans l'utérus; la tumeur franchit peu à peu la vulve et son décollement est achevé par quelques mouvements de torsion. L'opération a duré trois quarts d'heure; perte de sang peu abondante. Injections phéniquées. Pas d'accidents. Quinze jours après, la malade reprenait son travail. Le fibrôme mesurait 32 centimètres de circonférence et 16 centimètres dans son plus grand diamètre;

2o Femme de 44 ans. Fibrôme énorme du poids de 900 gr. Pour pratiquer l'extraction de cette tumeur, il fallut la fixer et la morceler. Guérison sans accidents.

3o Femme de 30 ans. Tumeur du volume d'une tête de fœtus à 7 mois; décollement de la tumeur avec le doigt. Guérison rapide.

4o Femme de 35 ans; fibrôme pédiculé du volume d'un œuf de poule; le pédicule s'évase dans la cavité utérine où il constitue un second fibrôme, tractions et torsions. A la suite, métrite légère; guérison au bout de huit jours.

5o femme de 40 ans. Fibrôme du volume du poing, donnant lieu à des hémorrhagies inquiétantes et nécessitant une intervention. La tumeur ne peut être enlevée complètement. A la suite de l'opération, pelvi-péritonite suppurée qui fut ouverte par le vagin. Guérison.

M. Desanneaux termine son travail par les conclusions suivantes :

1o L'énucléation est le seul procédé opératoire pour les fibrômes non pédiculés;

2o L'opération est indiquée lorsque les hémorrhagies menacent

l'existence ou que les tumeurs, par leur volume, occasionnent des accidents sur les organes voisins.

3o Le doigt est supérieur à tous les instruments pour pratiquer l'énucléation.

4o Dans les manœuvres de décollement, l'ongle doit toujours être dirigé du côté de la tumeur et non sur le tissu utérin.

5o Quand le décollement de la tumeur touche à sa fin, et qu'il ne reste plus qu'une partie adhérente, imprimer des mouvements de traction combinés à des mouvements de torsion.

6o Il faut que la partie libre de la tumeur soit saisie solidement; une chaîne d'écraseur serrée au-dessus des pinces rendra de grands services pour saisir le fibrôme.

7o L'énucléation pouvant entraîner des accidents de septicémie, il ne faudra pas négliger les précautions antiseptiques.

M. Desprès : Je voudrais que M. Desanneaux fît la distinction entre les cas où il a fait l'énucléation pour des fibrômes non pédiculés et ceux où il existe un pédicule que l'on sectionne sans qu'il y ait lieu de faire l'énucléation. Dans ces derniers cas, lorsque l'on coupe le pédicule, la partie de celui-ci qui reste adhérente à l'utérus se rétracte, et l'on n'en retrouve plus trace.

M. Trélat : Dans l'extraction des corps fibreux utérins, la grande difficulté est de bien se rendre compte du rapport qui existe entre ces tumeurs et les parois de l'utérus. Il faut, en un mot, savoir si le fibrôme est plus ou moins rapproché du péritoine.

La chaîne d'écraseur est un moyen puissant de préhension, et je l'ai déjà constaté, il y a quatre ou cinq ans, dans un cas de polype de l'utérus de gros volume. La torsion est aussi un moyen excellent pour l'énucléation des fibrômes.

M. Guéniot : Dans l'exposé des différents cas de M. Desanneaux, on peut remarquer qu'il y a des tumeurs fibreuses interstitielles et d'autres qui, après avoir été primitivement interstitielles, se sont pédiculisées et sont devenues de véritables polypes. Or je crois que, pour ces dernières, il peut y avoir du danger à tirer sur un pédicule très adhérent, car l'on peut amener une inversion de l'utérus, que l'on pourrait ensuite prendre pour un second polype. En effet, quelquefois le diagnostic est très difficile entre un polype de l'utérus et une inversion de cet organe.

M. Gillette : Je crois que la torsion est un moyen que l'on peut appliquer aussi bien aux fibrômes pédiculés qu'à ceux qui ne le sont pas. Je l'ai pratiquée deux fois avec succès pour des polypes pédiculés.

M. Desprès : Je ne suis pas de l'avis de M. Guéniot, qui dit que parfois l'on ne peut pas diagnostiquer un polype d'un renversement de l'utérus. En effet, lorsqu'il n'y a pas de tumeur dans l'utérus, on pratique le toucher rectal et l'on cherchera le bord supérieur de l'utérus. S'il y a renversement de l'utérus on ne le trouvera pas, tandis que dans le cas contraire on le sentira facilement.

Quant à l'ablation des polypes pédiculés, nous avons des moyens classiques excellents qu'il n'est pas besoin de changer : la chaîne de l'écraseur et l'anse galvanique.

M. Guéniot : Je crois comme M. Desprès qu'en général le diagnostic de l'inversion utérine doit être fait et peut se faire. Mais il y a des cas particuliers dans lesquels le diagnostic est presque impossible. Je pourrais, à l'appui de ce que j'avance, citer des erreurs de diagnostic faites par M. Cloquet. M. Prichet et Mme Boivin.

M. Sée : Je ne crois pas que les tractions que l'on exerce sur les tumeurs de la matrice soient sans danger; il en est de même pour la torsion du pédicule, c'est un procédé aveugle et qui expose à des déchirures de l'utérus. Les autres méthodes sont préférables, à mon avis.

M. Guyon : Je crois qu'en général la torsion ne peut être une méthode de choix pour les polypes fibreux, car elle expose à tordre aussi le tissu utérin, ce qui peut amener des accidents. L'excision simple avec des ciseaux est préférable, car dans ces cas l'hémorrhagie est peu à craindre.

M. Trélat : Je n'ai pas dit qu'il fallait prendre la torsion comme méthode absolue, mais je crois qu'elle est bonne dans certains cas, et lorsque la tumeur n'est plus adhérente que par un point limité que l'on ne peut atteindre; il est en outre certain que dans ces cas on n'emploie pas la torsion pour éviter une hémorrhagie qui n'est guère à craindre.

M. Sée : Dans ces opérations, quelle que soit la méthode employée, le danger est la septicémie qui peut survenir; aussi, pour l'éviter, je conseille beaucoup l'emploi de l'iodoforme, qui donne une sécurité absolue.

M. Desanneaux : Je suis aussi de l'avis que la torsion est une méthode qu'il ne faut pas généraliser et qu'il ne faut appliquer qu'à quelques cas. Quant aux tractions exercées sur l'utérus, je crois qu'elles sont sans danger si elles sont faites doucement et si la malade n'a pas eu auparavant d'inflammation péri-utérine.

Elections. — Sont nommés :

Membres associés étrangers : MM. Spencer Wells et Arlt.

Membres correspondants étrangers : MM. Lancarolle et Annondale.

Membres correspondants nationaux : MM. Comballat et Larger.

La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 18 janvier 1882, à trois heures et demie.

Ordre du jour :

1o Allocution de M. de Saint-Germain, président.

2o Compte rendu des travaux de l'année 1881, par M. Le Dentu, secrétaire annuel.

3o Eloge de M. Chassaignac, par M. Horteloup, secrétaire général.

4o Proclamation des prix pour l'année 1881.

Henri Bastard.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie (1881), par Charcot, recueillies par E. Brissaud.

Lorsqu'une analyse suffisante a montré dans l'urine la présence d'une quantité notable d'albumine, un monde de questions se presse dans l'esprit: questions de diagnostic et de pronostic, celles-ci sous la dépendance immédiate de celles-là, questions de théorie, enveloppées de nuages, d'indications thérapeutiques plus nuageuses encore. Aussi est-ce avec un extrême intérêt que l'on interroge tout ce qui peut être de nature à éclairer ou à simplifier la question de l'albuminurie pathologique, surtout lorsque c'est un maître éminent, et toujours écouté, qui vient nous en entretenir.

J'essayerai donc d'extraire, et de rendre aussi claire que possible, la substance de ces leçons, qui ne sont du reste elles-mêmes qu'un exposé critique des nombreuses expériences dont le fonctionnement de l'appareil rénal a été l'objet, et des théories auxquelles elles ont donné lieu. Je dois faire observer cependant que les cinq leçons dont je vais rendre compte n'ont pas précisément trait à la pathogénie proprement dite de l'albuminurie. Elles ne sont guère relatives qu'au mécanisme du passage de l'albumine dans le rein. Le sujet n'est donc qu'entamé, et nous attendrons avec impatience le complément de ces importantes études.

L'auteur commence par rappeler quelques notions essentielles sur l'anatomie et la physiologie du rein.

L'urine se distingue des produits de sécrétion des autres glandes par la forte proportion d'eau qui s'y trouve, et parce que les éléments spécifiques qui s'y rencontrent existaient tout formés dans le sang. Si l'on y ajoute les sels et le sucre,

on doit reconnaître que le rein est surtout un organe d'élimination ou d'excrétion, et que la sécrétion proprement dite ne tient qu'une faible place dans son fonctionnement.

Le glomérule, très artériel, où les capillaires se trouvent presque à nu, est un appareil essentiellement, mais non exclusivement, de filtration.

Les canaux collecteurs, à épithélium cylindrique, sont de purs canaux d'excrétion.

Les canalicules contournés et les anses de Henle, enveloppés de toutes parts par un réseau capillaire riche et baignant comme eux dans un liquide lymphatique, munis d'un épithélium épais, grenu, à proprement parler glandulaire, semblent désignés pour opérer la sélection et la concentration des principes spécifiques de l'urine, urée et acide urique.

Un des premiers faits à constater est l'indépendance respective de l'appareil glomérulaire et de l'appareil des tubuli.

C'est au travers des parois capillaires du glomérule que s'éliminent l'eau et, pour une part au moins, les sels du plasma et le sucre du sang; l'albumine étrangère (blanc d'œuf), et l'albumine pathologique (du sérum).

Le passage de l'eau par le glomérule n'est cependant pas un simple fait de filtration. La ligature de l'artère rénale suspend le passage de l'eau. Si on l'enlève au bout de dix minutes, le sang rentre aussitôt dans le glomérule, mais l'eau ne s'écoule de nouveau qu'après deux ou trois quarts d'heure (Overbeck). Ceci suppose que les cellules du glomérule, douées d'une activité propre, ont été frappées d'anoxhémie pendant l'interruption du cours sanguin, et qu'il leur a fallu un certain temps pour reprendre leur activité. Mêmes résultats si, par la ligature de la veine émulgente, la pression demeurant la même, le sang est venu à perdre ses qualités vivifiantes (Heidenhaim).

Les diverses espèces d'albumine qui peuvent se trouver dans le sang se retrouvent dans l'urine avec les mêmes qualités.

Ici le professeur rappelle les caractères propres de l'albumine de l'œuf et de l'albumine du sang, de la sérine et de la globuline.

A part quelques exceptions infiniment rares, toutes les albumines dont on constate la présence dans les urines, et qui proviennent du sang, ne sont autres que les diverses albumines connues du sang, et le rein, qui les élimine, ne leur fait subir aucune modification physico-chimique appréciable.

Dans quelle partie de l'appareil urinaire s'opère la sécrétion (n'est-ce pas plutôt l'*excrétion?*) des diverses espèces d'albumine qu'on trouve dans les urines?

L'albumine de l'œuf ingérée en quantité suffisante, ou injectée dans la grande circulation, passe dans l'urine.

Injectée après ligature de l'artère rénale (grenouille), elle ne passe plus. Mais alors l'urée injectée passe, parce qu elle est sécrétée par les tubuli contorti.

Dans l'expérience d'Overbeck, la première urine qui passe après l'enlèvement de la ligature est rare et albumineuse; et l'urée injectée, qui passait seule pendant la durée de la ligature, se trouve alors mêlée à l'albumine.

Tout ceci montre l'indépendance respective du glomérule et des canaliculi contorti.

Dans l'asystolie et l'albuminurie cardiaque, les urines sont rares et très denses, parce que le glomérule fonctionne mal, mais pendant ce temps — là les canaux labyrinthiques, demeurés intacts, fournissent une proportion normale d'urée et d'acide urique.

Dans l'albuminurie temporaire produite par la ligature d'Overbeck, ou après l'injection de blanc d'œuf, si les reins sont arrachés rapidement et plongés dans l'eau bouillante, on trouve la capsule glomérulaire séparée de la houppe vasculaire par une couche d'albumine coagulée.

La théorie de Wittich et Küss, d'après laquelle l'albumine normale du sang passerait dans les glomérules pour être reprise en chemin par les épithéliums des canalicules, est fausse, puisque, dans toutes les albuminuries transitoires ou durables, c'est dans les capsules qu'on rencontre l'albumine.

Il existé trois théories de la pathogénie de l'albuminurie: 1o altération préalable de la crase du sang (hématogène); 2o trouble de la circulation générale et de la circulation locale du rein (mécanique); 3o modifications anatomiques des éléments épithéliaux des reins (anatomique).

Si la théorie hématogène s'appuie sur les expériences où l'on voit l'injection d'eau dans le sang produire des urines albumineuses (Magendie), M. Charcot fait remarquer qu'il s'agit ici non d'une albuminurie proprement dite, mais d'une véritable hématoglobinurie.

Si avec Canstatt et Semmola on pense que, dans la maladie de Bright, les lésions du rein sont consécutives à une modification de l'albumine du sang, résultat d'un vice général de la nutrition, il oppose à cette interprétation que l'urine des albuminuriques a les mêmes propriétés physiques et chimiques que la sérine, et ne témoigne d'aucune altération.

La théorie anatomique, soutenue par Becquerel et Vernois, puis par Lecorché, admet avec ce dernier « que l'albuminurie n'est que le symptôme d'une lésion de l'épithélium des canaliculi ».

Mais cette théorie est contredite par les faits d'albuminurie transitoire et cependant morbide, par les faits d'altération profonde des épithéliums des tubes, sans albuminurie, dans la néphrite interstitielle chronique primitive, enfin par les faits expérimentaux qui montrent que ce n'est pas par la voie des canaliculi, mais par la voie du glomérule, que filtre l'albumine du sang.

La théorie mécanique invoque pour cause un trouble de la circulation générale ou de la circulation locale dans le rein, amenant dans les vaisseaux de cet organe une modification par excès de la pression sanguine.

C'est à cette théorie que se rattache l'auteur, mais en rejetant le rôle que l'on y fait jouer à l'augmentation de la pression.

Il établit d'abord qu'il n'est point exact que les parois des capillaires se laissent traverser par une proportion plus considérable de transsudats, quand la pression du sang est augmentée dans ces vaisseaux.

Reprenant ensuite les principaux faits expérimentaux et pathologiques dans lesquels on voit l'albumine apparaître dans l'urine, il montre que le seul fait constant, alors que la pression artérielle est tantôt augmentée et tantôt diminuée, est le ralentissement du courant sanguin, et partant le séjour prolongé d'un sang peu oxygéné dans les capillaires rénaux. On retrouve donc ici ces conditions d'anoxhémie des cellules épithéliales du glomérule qui ont été déjà signalées comme étant très défavorables à la sécrétion de l'eau urinaire. Or, ce sont les mêmes conditions qui président à la sécrétion de l'albumine, et cette circonstance explique ce fait remarquable que, dans l'albuminurie liée aux troubles de la circulation, les urines sont rares en même temps qu'elles sont albumineuses.

En résumé, sont acquis les faits suivants : 1° les albumines des urines sont identiques à celles du sang d'où elles proviennent; 2° c'est par les glomérules que l'eau et l'albumine de l'urine pénètrent dans le rein; 3° l'apparition de l'albumine est due au ralentissement et à la stase de la circulation sanguine, et par suite à un état d'anoxhémie des parois des glomérules : — ce qui signifie que le passage de l'albumine ne serait interdit que par l'activité propre de ces dernières, et donne à la théorie *mécanique* un caractère essentiellement *vitaliste*.

On peut penser que ces résultats de tant d'observations et d'expérimentations physiologiques et pathologiques sont un peu restreints. Cependant, si ce sont là des vérités, il ne faut regretter ni les efforts qu'elles ont coûtés, ni le travail d'érudition et de critique par lequel l'éminent professeur les a si nettement déterminées et si clairement exposées.

Dr Durand Fardel.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Hervéon, médecin aide-major de première classe, décédé en Tunisie, et celle de M. Leprieur, médecin major des ambulances de l'armée, qui vient de succomber à Sousse. Originaire de Metz, M. Leprieur était le fils du savant président de la Société entomologique de France.

— Une dépêche de Nice nous annonce aussi la mort dans cette ville du docteur Achille Flaubert, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, fonctions dans lesquelles il avait succédé à son père. Dans ces dernières années, il avait été obligé, pour des raisons de santé, de renoncer à l'exercice de la médecine.

—M. le docteur Duhamel, maire de Boulogne-sur-Mer, est mort ces jours derniers, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

***

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Gaté (Auguste) est nommé préparateur de chimie en remplacement de M. Roger.

***

Ecole de médecine de Marseille. — M. Roule (Louis), licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

***

Ecole de pharmacie de Nancy.—M. Oberlin, ancien professeur de matière médicale, vient d'être nommé professeur honoraire.

***

Ecoles supérieures d'Alger. — Un décret en date du 24 décembre 1881, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, est ainsi conçu :

Article premier. — Les professeurs titulaires des écoles supérieures d'Alger qui, dans l'ordre du droit et de la médecine, sont pourvus du titre d'agrégé, dans l'ordre des sciences et des lettres, du grade de docteur ès sciences et ès lettres, sont inscrits, quand ils ont l'âge de trente ans, à leur rang d'ancienneté, sur la liste de classement des professeurs de Facultés, touchent le traitement de la quatrième classe et sont soumis aux mêmes règles d'avancement que les professeurs de la métropole.

Art. 2. — Les années passées comme titulaire aux Ecoles d'Alger par le professeur qui a moins de trente ans, dans les conditions de titre et de grade indiquées à l'article premier, sont comptées intégralement pour l'ancienneté des services.

Art. 3. — Le présent décret est exécutoire à partir du premier janvier 1882.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret du 10 janvier 1882, M. Duburquois, médecin principal, a été promu médecin en chef, et M. Veillon, médecin de première classe, promu médecin principal.

***

Agrégation des sciences naturelles. — Par arrêté en date du 5 janvier 1882, sont autorisés à se présenter au concours de l'agrégation des sciences naturelles, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences physiques; les pharmaciens munis du diplôme supérieur et justifiant de la même licence.

***

Assistance publique. — L'administration de l'Assistance publique de Paris vient de décider que les élèves en médecine femmes, pourront concourir pour l'internat.

***

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Benjamin Ball fera, dimanche matin, à dix heures, une leçon sur la folie religieuse.

***

Cours libres. — M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Necker, a commencé le 18 de ce mois un nouveau cours de technique microscopique et d'histologie pratique dans son laboratoire de la rue du Pont de Lodi, n° 5. Les leçons ont lieu tous les jours, de quatre à six heures.

***

Epidémies, choléra. — Des nouvelles de Djeddah, en date du 11 janvier, nous annoncent que l'épidémie de choléra a disparu dans l'Hedjah. Le dernier décès causé par cette affection a eu lieu le 30 décembre dernier.

***

Fièvre jaune. — Le gouverneur du Sénégal a télégraphié les nouvelles suivantes sur l'état sanitaire de notre colonie :

« Gorée a eu un cas de fièvre jaune, suivi de décès le 9 janvier. C'est un cas isolé, à trente-six jours d'intervalle de l'avant-dernier décès; on espère qu'il n'y en aura pas d'autres. »

***

Mission scientifique. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. le docteur Gillebert d'Hercourt, membre de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission scientifique dans l'île de Sardaigne, à l'effet d'y recueillir des documents anthropologiques et d'étudier l'ethnologie de la population.

***

Ecole de médecine militaire du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira, le 15 avril 1882, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé. Cet emploi comporte l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, seront seuls admis à prendre part à ce concours les pharmaciens-majors de 1re et de 2e classe.

La demande des candidats devra parvenir au ministre, par la voie hiérarbhique, avant le 1er avril prochain, terme de rigueur.

***

Docteurs en médecine reçus en France, pendant l'année scolaire 1880-1881, 621, savoir : Paris, 461; Montpellier, 66; Lyon, 44; Nancy, 19; Bordeaux, 18; Lille, 13.

***

Service médical de la Morgue a Paris. — Le service des autopsies de la Morgue doit être prochainement réorganisé. Il sera, dit-on, entouré désormais de précautions et mesures exceptionnelles destinées à faciliter l'étude des causes de la mort des personnes dont les corps sont portés dans cet établissement.

Le personnel, dès maintenant réorganisé, se compose : 1° d'un médecin inspecteur-adjoint, dont le traitement est fixé à 1,000 fr. par an, et 2° de deux médecins inspecteurs-adjoints qui recevront un traitement annuel de 800 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-8

54. M DE SÉGUY. Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur, par l'extension continue. — 55. M. PEYRAUDEAU. Du traitement de la diphthérie par la pilocarpine. — 56. M. DUPRÉ. Etude clinique sur les urines dans les maladies du cœur, spécialement dans les affections de l'orifice mitral. — 57. M. JACQ. De l'influence de l'immobilisation sur la cicatrisation des plaies, principalement des plaies d'amputation. — 58. M. LE LOIR. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine trophique.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 6 JANVIER AU JEUDI 12 JANVIER 1882.

Fièvre typhoïde 28. — Variole 10. — Rougeole 12. — Scarlatine 3. — Coqueluche 1. — Diphtérie, croup 72. — Dysenterie 2. — Erysipèle 5. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 195. — Autres tuberculoses 15 — Autres affections générales 55. — Malformation et débilité des âges extrêmes 81. — Bronchite aiguë 57. — Pneumonie 111. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 41. — au sein et mixte 29. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 123. — de l'appareil circulatoire 84. — de l'appareil respiratoire 91. — de l'appareil digestif 55. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Causes non classées 11. — Total de la semaine : 1,182 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA CURABILITÉ RELATIVE DE L'ÉPILEPSIE A LA SALPÊTRIÈRE, par le docteur Ferrand, in-8. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DES LÉSIONS SYPHILITIQUES DU RACHIS, par le docteur Levot, in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

ETUDE CLINIQUE SUR LA NÉVRALGIE IDÉO-LOMBAIRE SYMPTOMATIQUE DES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME, par le docteur Le Bailly, in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA PARALYSIE SPINALE AIGUE DE L'ADULTE, par le docteur Sauze, in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DES VARICES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, par le docteur Cazin, in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimreie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 4 28 JANVIER 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 26 janvier 1882.

LE CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

(Premier article.)

La circulaire adressée aux recteurs par le ministre de l'instruction publique sur le concours d'agrégation de médecine, circulaire que nous avons reproduite dans le numéro du 31 décembre dernier, a réveillé, au sein des Facultés de province comme dans la presse médicale, les discussions dont l'arrêté ministériel du 5 juin 1874 a été l'objet. Il faut reconnaître qu'aujourd'hui, comme à l'époque où cet arrêté a été pris, la centralisation à Paris des concours d'agrégation rencontre plus d'adversaires que de partisans.

La GAZETTE MÉDICALE s'est occupée, à différentes reprises, de cette question. Dès le 17 juin 1874, c'est-à-dire peu de jours après l'insertion à l'OFFICIEL de l'arrêté dont il s'agit, nous faisions les réserves suivantes sur les avantages que les dispositions nouvelles semblaient promettre :

« Mais il reste à savoir si ces avantages seront aussi grands en réalité qu'ils le sont en apparence ; si, par exemple, le nombre des concurrents, qu'il serait utile d'augmenter en province, ne tendra pas encore à diminuer ; si, d'un autre côté, l'uniformité de méthode et de doctrine qui sera la conséquence inévitable de la fusion des concours ne sera pas plus préjudiciable à l'avancement des sciences qu'une concurrence, peut-être un peu moins active, mais s'exerçant plus librement sous un régime qui consacrerait l'autonomie des Facultés. »

Quatre ans plus tard (GAZ. MÉD., 26 janvier 1878), examinant un travail de M. l'inspecteur général Chauffard sur *la Situation de l'enseignement médical en France*, nous développions, en la précisant davantage, la même pensée dans les termes suivants :

« Les conditions du concours centralisé à Paris étant parfaitement inégales entre les candidats parisiens et les candidats de la province, ceux-ci ne reculeront-ils pas devant les difficultés de la lutte, exceptionnelles pour eux, et dès lors cette pénurie de candidats, que l'on invoque à l'appui de la nouvelle mesure, ne deviendra-t-elle pas plus grande encore ? D'un autre côté, priver les Facultés de province des concours qui stimulent le plus l'émulation de la jeunesse laborieuse, n'est-ce pas amoindrir, étouffer même chez elles la vie scientifique ? Les obliger toutes à subir les lois parfois tyranniques d'un même programme, n'est-ce pas les condamner les unes à perdre, les autres à ne pas acquérir ce caractère d'originalité, cet esprit d'initiative, soit dans la méthode, soit dans les doctrines, cette tradition, en un mot, qui est pour une Faculté ce qu'un drapeau est pour un régiment, c'est-à-dire un point ou un centre de ralliement autour duquel convergent et rivalisent tous les efforts individuels ? Or, qui oserait affirmer que cette diversité dans la manière de concevoir et de propager les vérités scientifiques est moins propre à assurer le progrès qu'une centralisation excessive, qui tendrait à tout niveler, à tout uniformiser ?

« Pour nous, nous avons constamment défendu la décentra-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Qui je suis ? — Mon programme. — Les permutations de chaires. — L'éloge de Chassaignac à la Société de chirurgie. — La reconnaissance de Chassaignac.

A M. le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE de Paris.

Monsieur,

Vous voulez bien ouvrir les colonnes de votre journal à l'étalage de mes impressions journalières, de mes souvenirs et de mes réflexions. Je vous en remercie. Aussi bien, il est un moment dans la vie du praticien où l'on aime à revenir sur soi-même, à concentrer le fruit de ses observations et aussi à jeter sur les événements, les publications, les recherches, les découvertes, les luttes qui se produisent à côté et en dehors de soi, un coup d'œil curieux ; curieux quoique désintéressé, mais nullement indifférent.

Arrivé au sommet de la colline qui peut représenter la vie, n'est-il pas permis d'hésiter un peu avant de descendre la côte opposée, au bout de laquelle se trouve la mort ? Pour ma part, je ne me décide pas volontiers à me laisser aller au déclin de mon existence sans me retourner vers le chemin déjà parcouru. Il m'agrée aussi de contempler d'un peu haut les hommes et les œuvres qui viennent après moi. Ici des travailleurs opiniâtres suant à creuser de nouveaux sillons ; là des lutteurs scientifiques concourant au triomphe de la vérité ; là des voyageurs égarés ou encore des naufragés. Décidément Lucrèce avait raison de célébrer la douce jouissance que l'on éprouve à considérer, non pas d'une manière égoïste, mais d'un regard tranquille, en homme qui se sent à l'abri du danger, les efforts de ceux qui sont lancés sur la vaste mer de la science et de l'existence :

Suave, mari magno, turbantibus æquora ventis,
E terra magnam alterius spectare laborem.

Non, cela n'est pas de l'égoïsme. C'est le calme à côté de la tempête. On ressent malgré soi tant de satisfaction intime à ne plus

lisation universitaire, l'indépendance et l'autonomie des Facultés. Nous persistons à croire que cette autonomie n'est pas moins nécessaire au développement de l'esprit scientifique que la liberté individuelle : l'une est le complément de l'autre. Toute Faculté qui ne saurait la mettre à profit pour soutenir dignement la lutte dans la voie du progrès, serait condamnée à végéter et bientôt à disparaître. Il reste à voir si, en prévision de cette éventualité pour telle Faculté existante, l'Etat, dans l'intérêt même de l'enseignement public, peut et doit soumettre toutes les Facultés au régime de la centralisation. C'est ainsi, croyons-nous, que la question doit se poser. En attendant qu'elle soit résolue, et que le gouvernement, mieux éclairé par les résultats du prochain concours, renonce ou persévère à maintenir la centralisation, il y a lieu d'espérer qu'on cherchera à égaliser les conditions de tous les candidats à l'agrégation, d'abord en faisant dans le jury une part égale aux professeurs de province et aux professeurs de Paris, ensuite en rendant aussi peu onéreux que possible le voyage et le séjour à Paris des candidats de province. »

Si nous avons reproduit ces deux passages, peut-être un peu longs, d'articles antérieurs, c'est qu'ils expriment encore aujourd'hui notre manière de voir. L'expérience à laquelle nous en appelions est faite et a justifié nos réserves, confirmé nos prévisions. Dans son rapport sur le concours d'agrégation en chirurgie, M. Gosselin, résumant les inconvénients des dispositions nouvelles, disait en 1878 : « Le mélange dans un même concours de compétiteurs destinés à des écoles différentes supprime en réalité la lutte. » La circulaire actuelle du ministre de l'instruction publique, en provoquant l'étude des moyens propres à remédier aux effets fâcheux de la centralisation, contient implicitement la condamnation de ce système.

Nous eussions aimé voir M. Paul Bert, avec le libéralisme qu'il a toujours professé, remettre en question, non les détails en quelque sorte secondaires, mais le principe même de la centralisation. Vers l'époque où ce système a été inauguré, M. Paul Bert terminait son mémorable rapport sur la création de nouvelles Facultés de médecine par la phrase suivante : « J'espère, disait-il à ses collègues de la Chambre des députés, que vous aurez accompli une œuvre utile, non seulement parce que vous aurez fait des médecins plus nombreux et plus instruits, non seulement parce que vous aurez introduit dans la jeunesse française des hommes d'une instruction plus générale et plus élevée, mais encore et surtout parce que vous aurez travaillé efficacement à l'œuvre de *décentralisation intellectuelle* de notre pays. »

Ces sages idées de décentralisation intellectuelle inspiraient aussi l'un des prédécesseurs de M. Paul Bert lorsqu'il disait, en 1876, devant les délégués des Sociétés savantes réunis à la Sorbonne : « Il faut créer des chaires nouvelles, il faut grouper les Facultés, il faut organiser sur certains points du territoire des *universités complètes et puissantes*, qui soient de grands foyers de lumière dans nos départements. »

Il existe donc, même au ministère de l'instruction publique, un précédent et comme une tradition d'idées décentralisatrices. Le gouvernement ne peut manquer d'être touché par le mouvement général et très accentué qui s'est produit dans ce sens. Que si cependant le principe de centralisation devait être maintenu, il y aurait lieu d'étudier les modifications à introduire dans ce système pour en atténuer le plus possible les graves inconvénients : nous entreprendrons cette étude dans un prochain article.

Dr F. DE RANSE.

SÉMÉIOLOGIE

Du tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques, par M. J. GRANCHER, agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

Suite. — Voir le numéro précédent

II. La seconde combinaison des signes physiques est réalisée par le tympanisme sous-claviculaire, l'augmentation des vibrations vocales et la *diminution* de la respiration. D'où le schéma suivant :

Son......... +
Vibrations... +
Respiration... —

Tantôt le murmure respiratoire est très affaibli, presque nul, tantôt il est simplement diminué ; quelquefois il est en même temps faible et rude, la tonalité de l'inspiration étant sensiblement abaissée. Chacun de ces degrés, chacune de ces

---

être exposé aux chances de la fortune ! On éprouve une si douce béatitude d'être à l'abri des dangers qui menacent les autres !

> Non quia vexari quemquam est jucunda voluptas,
> Sed, quibus ipse malis careas, quia cernere suave est.

Et cependant une partie de son cœur reste involontairement attachée au spectacle de ces maux et de ces vicissitudes :

> Suave etiam belli certamina magna tueri
> Per campos instructa, tua sine parte pericli.

Libre d'attaches, on juge mieux des coups portés ou reçus dans les compétitions de places, dans les concours où les ambitions font assaut et se livrent bataille. Mais on n'y participe pas, heureux d'occuper ces régions où règne la sérénité.

> Sed nil dulcius est bene quam munita tenere
> Edita doctrina sapientum templa serena ;
> Despicere unde queas alios, passimque videre
> Errare atque viam palantes quaerere vitae ;
> Certare ingenio, contendere nobilitate,
> Noctes atque dies niti praestante labore,
> Ad summas emergere opes, rerumque potiri.

Pour en finir avec cette paraphrase des beaux vers du poète latin, je vous dirai :

Ce n'est point par dépit, ce n'est point en haine du faste ou par puritanisme, ce n'est point en blasé ou en malade, c'est tout simplement en homme qui ressent le besoin du repos que je me suis retiré des luttes de la vie.

Après de longues années consacrées, vous ne l'ignorez pas, à l'exercice d'une pratique médicale de tous les instants, après avoir usé de longs jours et trop de nuits à essayer de porter secours à mes semblables, je n'ai pas voulu attendre que mes forces aient faibli. Avant que les clients ne vous quittent, il vaut mieux savoir laisser opportunément la place aux ardeurs des jeunes. Ainsi ai-je fait.

Ce sont les résultats de mes lectures ou de mes observations, les fruits de mon expérience ou bien les sujets de mes réflexions sur les questions à l'ordre du jour que je présenterai à vos lecteurs.

Bien que j'intitule ces pages *Feuilles volantes*, j'y glisserai quelques *feuilles volées*. Mais, en avouant d'avance mon péché, j'espère qu'il me sera pardonné.

Il y a d'ailleurs des circonstances atténuantes : je ne démarque-

nuances a sa valeur dans le diagnostic de la nature même de la lésion pleuro-pulmonaire et pour son pronostic.

Ici le tympanisme n'est plus *associé* aux deux autres signes physiques, l'un d'eux, la respiration, s'étant modifié inversement, c'est-à-dire en *moins*, tandis que le son et les vibrations se modifiaient en *plus*. Il y a ce qu'on pourrait appeler une *dissociation* des signes physiques.

Or, dans l'observation journalière des pleurésies, rien n'est plus fréquent que de rencontrer ce type, cet ensemble de phénomènes fournis par l'examen de la région sous-claviculaire. Le médecin doit en tirer cette conclusion que le lobe supérieur du poumon, qui n'est pas recouvert par l'épanchement (ainsi que le prouve l'exagération des vibrations vocales) est atteint d'une lésion propre, concomitante, complice ou même cause de la pleurésie. Cette lésion est un état congestif simple ou de nature tuberculeuse, qui survit à l'épanchement pleural plus ou moins longtemps, qui peut disparaître s'il n'existe pas de tuberculose locale, ou au contraire rester le témoin d'une lésion pulmonaire primordiale, et évoluer plus tard dans le sens d'une phthisie.

Je pourrais citer plus de trente observations de ce type depuis que j'étudie cette question; mais je n'ai que deux autopsies : il est vrai qu'elles sont absolument confirmatives.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire. Un homme vigoureux prend une pleurésie; en même temps il tousse et crache un peu. Quand il entre à l'hôpital, quelques jours après le début de sa maladie, on peut constater, en même temps qu'un épanchement pleurétique moyen ou abondant, cette dissociation particulière des signes physiques dans la région sous-claviculaire. Avec ou sans ponction, avec ou sans vésicatoires, l'épanchement disparaît et le lobe inférieur du poumon reprend peu à peu ses fonctions : les vibrations, la respiration, le son même reviennent à la base; au contraire, le lobe supérieur reste à peu près dans le même état. Le tympanisme a disparu cependant et a fait place à une submatité ou même à une matité évidente, les vibrations sont toujours exagérées et la respiration toujours affaiblie.

Cela dure un mois ou deux, sans notable changement, et le malade, qui a repris une partie de ses forces, qui mange et qui s'ennuie à l'hôpital, part en se croyant guéri. Mais il rentrera plus tard dans un autre service où le diagnostic de phthisie pulmonaire sera porté légitimement et sans discussion. Malheureusement, les hasards de la répartition des malades dans nos hôpitaux permettent rarement au même médecin de suivre toutes les phases de la maladie, depuis la pleurésie initiale jusqu'à l'excavation pulmonaire ultime.

J'ai pu cependant suivre un de ces malades de l'origine à la fin des accidents, et l'autopsie a confirmé pleinement le diagnostic que je portai le premier jour de son entrée à l'hôpital : congestion pulmonaire tuberculeuse, accompagnée d'épanchement pleurétique. C'est le nommé Fouq, homme extrêmement vigoureux, alcoolique, qui commença sa maladie à l'hôpital Tenon et vint mourir quinze mois après à Necker.

Cependant les choses ne tournent pas toujours au tragique, d'abord parce que, même si la congestion est de nature tuberculeuse, la phthisie marche quelquefois lentement, avec de longues périodes de rémission, et peut même s'arrêter sur place et guérir. Ensuite le fait de la congestion du poumon, constaté par l'ensemble des signes physiques que je signale, n'entraîne pas nécessairement l'affirmation de la tuberculose. Celle-ci peut, en effet, faire défaut, comme semblent le prouver quelques rares faits où la respiration et les autres signes de l'état physiologique du poumon reparurent peu à peu, après la disparition de l'épanchement pleural.

Mais ces faits sont exceptionnels.

Le tympanisme sous-claviculaire, accompagné d'une exagération des vibrations vocales et d'un affaiblissement considérable de la respiration, est le plus souvent en rapport avec une forme de tuberculose pulmonaire masquée par un épanchement pleurétique.

Cette variété de sonorité sous-claviculaire pourrait s'appeler *tympanisme de congestion*, par opposition au *tympanisme de suppléance* de la première variété.

III. Une troisième combinaison peut se rencontrer avec le tympanisme. Les vibrations sont diminuées ou éteintes ; en même temps la respiration est également affaiblie, selon le schéma suivant :

Son.	+
Vibrations .	—
Respiration.	—

C'est quand il existe une compression du hile du poumon ou des grosses bronches du lobe supérieur que ce type se rencontre. Il peut encore se trouver en rapport avec l'œdème pul-

---

rai pas le bien d'autrui, et j'en ferai profiter un nombreux public.

J'ajouterai que je tiens avant tout à me sentir les coudées franches. Je frapperai parfois d'estoc et de taille, à tort et à travers. Qu'on ne se méprenne pas sur les blessures que je pourrai faire ; elles ne sont pas venimeuses.

Fidèle au précepte de Martial :

Parcere personis, dicere de vitiis,

ce sont moins les hommes que je mettrai en cause que les vices ou les défauts des institutions.

Libre d'attaches, dégagé de toute idée préconçue, dépourvu de préjugés, désintéressé, je tâcherai de dire ce que je trouve bon, ce que je crois mauvais, sans passion et sans façons.

Les gens haut placés ne m'en imposeront pas. Et cependant je dirais volontiers, avec Voltaire (1) : « Je mourrais au bout de trois mois de chagrin et d'indigestion s'il fallait dîner tous les jours avec un roi en public. » Car je hais le cérémonial plus que toute autre chose, excepté toutefois la tristesse.

La tristesse ! Mais comme Montaigne « je suis des plus exempts de cette passion et ne l'aime ni ne l'estime, quoique le monde ait entrepris, comme à prix fait, de l'honorer de faveurs particulières : ils en habillent la sagesse, la vertu, la conscience, *et la science ;* sot et vilain ornement !

« Je suis de moymesme, ajoute Montaigne, non mélancholique, mais songe-creux. »

Peut-être en direz-vous autant de votre chroniqueur.

Sur ce je vais commencer mes vagabondages ; et s'ils sont du goût de vos lecteurs je les recommencerai tous les mois avec une régularité que m'envierait plus d'une dysménorrhéique.

* * *

Rien de bien nouveau à la Faculté ! Un professeur a été autorisé par ses collègues à passer d'une chaire à une autre. Cela se fait couramment. Qui s'en étonne ? On aurait pu être ébahi si l'autorisation eût été refusée. Car enfin, pourquoi refuser à celui-ci ce qui a été accordé jusqu'ici à tant d'autres ?

On avait, il est vrai, laissé se former, grossir et s'accréditer le bruit que désormais les permutations de chaires seraient interdites. Allons donc ! Les naïfs seuls pouvaient y croire.

(1) Lettre du 18 octobre 1750 à Mme Denis.

monaire concomitant de l'hydrothorax. J'ai diagnostiqué ainsi une pleurésie médiastine remontant au-dessus du hile du poumon gauche et comprimant la racine des bronches. L'autopsie confirma mon diagnostic.

Mais cette troisième variété, qu'on pourrait appeler *tympanisme de compression* et *œdème pulmonaire*, cette troisième variété du tympanisme est beaucoup moins fréquente que la première et surtout que la seconde, de beaucoup la plus commune.

En résumé, il existe dans beaucoup de lésions pleuro pulmonaires, mais particulièrement dans les pleurésies avec épanchement, un certain ensemble variable de signes physiques qui permettent de diagnostiquer l'état sain ou pathologique du lobe supérieur du poumon.

Dans le schéma le plus simple, quand il y a une *association* parallèle en × de tous les signes fournis par la percussion, l'auscultation et la palpation, le poumon est sain.

Quand il y a *dissociation*, c'est-à-dire modification inverse des signes physiques, deux cas peuvent se rencontrer :

1° Ou bien avec l'augmentation du son et des vibrations coïncide une diminution du murmure vésiculaire ; il y a alors congestion du lobe supérieur du poumon et le plus souvent tuberculose ;

2° Ou bien le tympanieme s'accompagne d'une diminution des vibrations et du son. Le fait est assez rare ; il signifie compression des grosses bronches ou œdème pulmonaire.

J'ai négligé à dessein dans cette étude toute théorie physique et toute explication fondée sur l'acoustique. Je me suis contenté de constater les faits sur le vivant, de les interpréter de mon mieux et de les vérifier, à l'occasion, sur le cadavre.

J'ai de même pris le mot tympanisme dans son sens le plus large, depuis l'hypersonorité manifeste jusqu'au son clair, bref et métallique, voisin de la matité. Ces extrêmes et les intermédiaires dépendent, à mon avis, comme l'a dit Traube, plutôt de la quantité de l'épanchement que de l'état sain ou pathologique du poumon.

CLINIQUE CHIRURGICALE

ÉPITHÉLIOMA TRÈS PETIT COMPLIQUANT UN KYSTE VOLUMINEUX DE LA MAMELLE, par le docteur G. NEPVEU, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié.

On a parfois de grandes difficultés à porter le vrai pronostic pour certaines tumeurs du sein ; aussi y a-t-il nécessité de faire un examen macroscopique et microscopique complet pour arriver à un résultat positif. L'observation suivante en est une preuve.

Mathieu (Marie), 35 ans, blanchisseuse, née à Teroure (Nord), célibataire, entre à l'hôpital pour une tumeur du sein.

Il y a deux ans environ, elle reçut, dit-elle, un coup assez violent sur le bord interne du sein. Ce coup n'a pas même porté sur la glande. Un an après, elle remarquait une petite tumeur qui grossissait peu à peu et atteignait le volume des deux poings d'un adulte. Un chirurgien des hôpitaux y fit, il y a deux mois, une ponction ; il n'en sortit que du sang. La tumeur, sous l'influence de ce traumatisme, prit un rapide accroissement : elle a presque doublé depuis.

Actuellement, voici ce que l'on constate. Une tumeur volumineuse de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme occupe presque la glande en entier ; elle est inégale, bosselée. Ces bosselures sont molles, légèrement fluctuantes. La peau est lisse, sans altération de consistance. Elle est adhérente aux parties profondes ; en quelques points même, elle présente le phénomène connu sous le nom de peau d'orange.

Les ganglions de l'aisselle sont fortement engorgés. De plus, la malade est pâle et très anémique ; cependant elle offre encore bonne apparence et l'examen des grandes fonctions et des organes n'offre rien d'anormal.

Une tumeur dure et molle, d'un volume considérable, sans adhérence notable à la peau, permet de porter un pronostic bénin : c'est en général une tumeur fibro-cystique de la mamelle ou une de ses variétés. On pourrait donc porter chez notre malade un pronostic semblable, mais chez elle les ganglions sont engorgés. Cette contradiction apparente ne s'explique que trop bien. En un point limité de la tumeur, en effet, la peau est piquetée, chagrinée, et nous offre l'aspect si caractéristique de la peau d'orange. De plus, vers la partie la plus inférieure de la tumeur, on trouve une petite nodosité grosse

---

Voilà un professeur de thérapeutique qui s'est occupé surtout de recherches histologiques et d'anatomie pathologique. On serait bien mal venu à lui refuser une chaire qu'il remplira fort bien. Mais les mêmes naïfs ne sont pas satisfaits de cette réponse. J'en entends qui murmurent : Eh bien alors ! si la chaire d'anatomie pathologique convenait seule au professeur X..., pourquoi lui avoir confié la chaire de thérapeutique ? Il n'avait pas à y gagner. Car étant chargé d'enseigner la matière médicale, l'art de formuler et les divers modes de traitement des maladies, M. X... a dû forcément négliger ses études de prédilection. Et s'il eût perdu patience à attendre quelques années encore la chaire qui lui revient à bon droit, la science y aurait gagné, et lui aussi. Voilà bien quatre ans, en effet, pendant lesquels l'anatomie pathologique a dû être négligée.

Et les élèves, qu'en pensent-ils ? Car, en vérité, les étudiants sont en ces questions professorales bien plus intéressés que leurs maîtres. C'est pour eux que le professeur existe. Pourquoi ne les consulterait-on pas ? Ont-ils eu à se plaindre de leur professeur de thérapeutique ? Leur a-t-il occasionné des mécomptes ? Mais non ! il ne leur a pas conseillé de saigner les anémiques, de donner du diascordium dans les cas d'obstruction intestinale, ni du kermès aux blennorrhagiques, ni du mercure contre la gingivite.

C'est là sans doute ce qu'ont fort bien compris les treize professeurs qui ont voté contre le projet de permutation. Mais seize autres ont affirmé de leurs suffrages que le professeur de thérapeutique ne devait plus s'occuper désormais que d'autopsies. Il est vrai que quelques abstentionnistes et même quelques professeurs absents peuvent être ajoutés au chiffre des opposants. Et, en pareille occurence, je me demande s'il ne vaudrait pas mieux que les permutations fussent imposées par la majorité des professeurs plutôt qu'autorisées par la majorité des votants. Car, avant tout, je le répète, ce n'est pas de préférences individuelles qu'il s'agit, mais bien de l'intérêt des élèves et de la science.

Lorsque l'on crée une chaire nouvelle pour une branche spéciale de la médecine, il est de toute justice qu'on y place comme titulaire le savant qui, par ses études, a rendu pour ainsi dire indispensable la création de cette chaire.

C'est le cas de M. Charcot, devenant professeur de pathologie nerveuse.

comme une aveline, dore, dense et légèrement douloureuse. Il n'y a pas à en douter un instant, nous avoos affaire ici à du cancer. Le prooostic est dooc ici régi par la présence de cette petite lésion.

Ces faits doivent être signalés, car si on n'examine pas la tumeur dans son ensemble, dans tous ses districts, on porte un diagnostic faux et partant un pronostic complètement erroné.

C'est sur des tumeurs de ce genre que nos maîtres d'il y a vingt ans mettaient en défaut les micrographes. Ils distribuaient à l'un oo à l'autre des parties absolument différentes, provenant de districts différents de la tumeur. Ici tel micrographe était tombé sur du tissu conjonctif, tel autre sur du tissu cancéreux. De là ce jugement, fondé en apparence seulement, que le microscope n'a aucune espèce de valeur en clinique. Aussi ne doit-on pas accepter d'examiner une tumeur, à moins qu'on ne vous la remette en entier.

L'association de grandes proportions de tissu cancéreux à des éléments kystiques bénins est bien connue. L'association ioverse d'un faible point de tissu cancéreux à de grandes proportions de tissu bénin (kystes ou autres éléments) l'est beaucoup moins.

Il y a cinq ou six ans vint, dans le cabinet de M. Verneuil, nne dame jeune encore et de belle apparence, qui portait une tumeur considérahle du seio.

Elle était d'une indolence parfaite et son volume était énorme; le pronostic était favorable. Comme elle n'était pas très à l'aise, M. Verneuil la fit entrer dans son service à la Pitié. On l'y examina plus soigneusement. En un point très limité, M. Verneuil trouva la peau adhérente et nn peu rouge. L'examen spécial qui fut fait de ce point fit voir que c'était de l'épithélioma noyé pour ainsi dire au milieu de kystes et d'autres parties de structure bénigne. La malade fut opérée et sortit du service à peu près cicatrisée. Deux à trois jours après survint une formidable récidive dans la place même. La malade ne vécut pas plus de quatre mois après l'opération.

Il y a trois ans, M. Verneuil vit une femme jeune, fraîche et rose, de bonue santé, qui portait une tumeur très comparable à la précédente. Elle s'était accrue d'une façon très rapide. La tumeur, au premier abord, semblait bénigne; M. Verneuil remarqua cependant eo un point très circonscrit, au-dessous de la mamelle, une petite induration. L'extirpation fut faite et la malade guérit parfaitement.

Cependant, vers la fin de la convalescence, elle se prit à tousser; elle retourna à la campagne et, lorsqu'elle revint quelqnes mois à peine après, elle tonssait de plus en plus; elle était très amaigrie et complètement cachectique. Elle portait à une distance de la cicatrice un gros noyau de récidive.

L'auscultation montra qu'elle avait des masses énormes de cancer dans le poomon. La mort fut très prompte.

En résumé, dans tous ces faits, nous avons des exemples d'hybridité locale pour ainsi dire, difficiles à démêler au point de vue diagnostique.

Supposéz qu'on fasse un examen clinique incomplet, supposez qu'en l'absence de renseignements cliniques suffisaots on fasse un examen histologique incomplet de la tumeur: on arrivera à un diagnostic et à un pronostic erronés, et l'on donnera raison en apparence à cette doctrine qui a été soutenue à l'Académie de médecine, dans une discussion restée célèbre, sur le peu d'utilité du microscope au point de vue clinique.

Dans la première observation qui nous intéresse particulièrement, nous avons à examioer trois points :

La tnmeur primitive ;

La plaque cutanée suspecte ;

Les ganglions extirpés.

L'examen de ces trois parties nous révèle tout d'abord l'existence d'un énorme kyste uniloculaire à parois fibreuses, épaisses, contenant un liquide hématique.

En un point très limité de cette paroi se trouve une petite tumeur grosse comme une noisette, qui n'est autre que de l'épitbélioma glandulaire.

Quant aux ganglions extirpés, les plus gros comme les plus petits sont infiltrés de cellules épithéliales.

Ainsi donc le diagnostic de M. Verneuil s'est entièrement vérifié. La malade est actuellement en bonne santé et sort de l'hôpital parfaitement guérie, mais un poiot noir reste, c'est la presque certitude de la récidive ou de la généralisation viscérale.

Ces faits à allure insidieuse ont été déjà signalés dans la thèse de Rogeau (1874), où j'ai donné une observation de ce genre à son début; par M. Richelot dans sa thèse d'agrégation (1878). On y lit notamment une note histologique de M. Malassez des plus intéressantes : il s'agit d'un épithélioma végétant

---

On ne peut qu'applaudir à cet acte qui honore un homme et sanctionoe des découvertes et un enseignement plein d'avenir.

La question change lorsqu'il s'agit du passage d'une chaire à une chaire différente. Et la Faculté de Paris a grand tort de laisser s'accréditer l'opinion qu'une chaire professorale peut n'être qu'un marchepied destiné à faciliter l'accès à telles fonctions ambitionnées, ou une porte laissant libre l'entrée d'un sanctuaire où l'on choisira soi-même ses fonctions.

C'est ainsi qu'on arrive à constituer un corps professoral des plus hétérogènes.

Heureusement l'Ecole de Paris n'en est pas là, tant s'en faut. Mais elle pourrait y arriver en persistant dans ses fausses routes.

Voici uo exemple : il n'y a qu'un professeur qui soit l'auteur d'un Traité d'anatomie pathologique. Il a été chargé d'enseigner l'histoire de la médecine. Ce n'est pas lui qui passera à la chaire d'anatomie pathologique. D'ailleurs il ne le demande pas, ce en quoi je l'approuve, car son cours d'histoire est très apprécié des élèves.

Parmi les agrégés, il en est un qui a mis son nom sur le premier traité français d'histologie pathologique. Et voilà qu'il ne peut même pas se mettre sur les rangs puisque la place est prise. Il reste bien une chaire vacante, mais pour laquelle ses titres et ses aptitudes ne sauraient être les mêmes — à moins que, persistaot dans ses errements et s'y enfonçant de plus en plus, la Faculté ne tienne plus compte des dispositioos individuelles et des travaux antérieurs qui désigent un caodidat à telle chaire ou à telle autre.

Il serait à désirer toutefois que l'on n'arrivât pas à pouvoir rappeler, à propos des choix de la Faculté, les paroles que Beaumarchais a mises dans la bouche de Figaro : « On pense à moi pour une place, mais par malheur j'y étais propre; il fallait un calculateur, ce fut un danseur qui l'obtiot. »

Cette phrase, qui n'est plus vraie, pourrait-elle le redevenir? *Di omen avertant !*

Et cependant, qui sait? Toutes proportions gardées, peut-être continuera-t-on quelquefois à nommer pour certaines fonctions des hommes dont la place eût été bien mieux à côté ou ailleurs.

Voilà la chaire de thérapeutique vacaote : ne pourrait-on pas y installer un hygiéniste?

***

des canaux galactophores, dont l'observation a été rapportée dans cette thèse par M. Bellnuard.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve, par le docteur Ch. Lasègue (1).

M. le professeur Lasègue, qui se complaît dans les analyses psychologiques délicates et qui, se jouant de l'aridité de pareils sujets, sait les exposer avec ce charme et ce talent d'expression qui n'appartiennent qu'à lui, vient d'étudier, dans un article des plus intéressants, les analogies du délire alcoolique et du rêve.

Pour établir cette comparaison, il fallait déterminer tout d'abord la valeur des deux termes, et se servir de l'un ou de l'autre comme étalon. M. Lasègue a commencé par le rêve en limitant son étude aux côtés par lesquels il est en rapport non seulement d'analogie, mais d'identité, avec le délire alcoolique, et de cette étude il a dégagé les données essentielles suivantes :

Le rêve se concentre dans le domaine presque exclusif des sensations visuelles. Les hallucinations de la vue y sont constantes ; elles existent seules, et si, par intervalles, d'autres états semi-hallucinatoires surviennent, c'est à titre épisodique, sans jamais constituer la trame du rêve.

Cette première proposition est des plus vraies, comme il est facile de s'en convaincre en étudiant sur soi-même, en recueillant ses propres souvenirs. — Un exemple seulement à l'appui : A.. rêve qu'il assiste à une séance de quelque grande assemblée ; il fixe le président, voit la salle aussi distinctement que s'il était éveillé, il reconnaît les membres et les assistants. Tout lui devient visible jusque dans les moindres détails. Par contre, si on vient à prononcer un discours, le texte arrive à son esprit moins la voix de l'orateur : il a compris, et n'a pas entendu.

Des perceptions auditives peuvent, il est vrai, intervenir secondairement, mais elles ne se dégagent pas avec la netteté des hallucinations vraies de la vue. — Un dormeur parcourt un pays étranger ; il entre dans une auberge, s'asseoit à la table, distingue exactement les moindres accessoires. Jamais il n'entendra parler une langue étrangère autour de lui, et, s'il parle lui-même, il usera de sa langue maternelle. Sa situation n'est pas sans analogie avec celle d'un spectateur au théâtre qui accepte qu'on parle français en Chine, mais qui n'admettrait à aucun prix que la scène chinoise se passât dans un appartement parisien.

Le rêve vit donc exclusivement d'images. Mais, dans ce domaine tout visuel, il se déploie des splendeurs d'invention et d'exactitude. L'hallucination y est d'une merveilleuse précision : éclairage, mouvements de lumière, aspect minutieux, rien ne lui échappe.

Les autres particularités du rêve, qu'on retrouve à quelque degré dans le délire alcoolique, sont les suivantes :

La durée de chaque vision est courte ; les images se succèdent sans transition, comme dans les lanternes magiques. De là la mobilité des tableaux, et, parallèlement, la mobilité supposée du dormeur, qui, n'ayant plus conscience de sa personnalité, va, vient, s'agite, franchit d'un seul coup des espaces immenses et se retrouve aussi lestement au point de départ.

Le rêveur est plus qu'un spectateur ; il n'assiste pas, il est acteur. Le *moi* joue dans ses histoires un rôle prépondérant. Qu'il s'agisse d'incidents graves, de drames, de terrifiantes aventures, toujours on le voit partie prenante. Ce qu'il sait le mieux de son rêve, au réveil, c'est la part qu'il a prise à toutes choses.

Enfin le raisonnement s'éteint au fur et à mesure que l'imagination s'allume. Les rencontres les plus impossibles ne deviennent pas un sujet d'étonnement ; les incohérences des idées et des choses s'acceptent sans sourciller. La critique est absolument bannie du domaine intellectuel du rêveur, et, sous ce rapport, il dépasse l'aliéné, hésitant et reculant d'instinct devant certaines énormités.

Ces principaux traits qui caractérisent le rêve, nous allons les retrouver maintenant dans le délire alcoolique.

Mais auparavant il faut faire remarquer — point important sans lequel toute tentative d'assimilation échouerait — *que le délire alcoolique éveillé* ou de jour *est constamment consécutif au délire nocturne, c'est-à-dire aux rêves*, qu'il continue non seulement au point de vue psychique, mais matériel, et dont il n'est qu'une sorte d'épanouissement. Ce réveil

(1) Archives générales de médecine, novembre 1881.

Bravo, monsieur Horteloup ! L'éloge de Voillemier, prononcé l'an dernier, était déjà très bon ; votre éloge de Chassaignac est meilleur encore. La Société de chirurgie tient à marcher en tout sur les traces de feu l'Académie royale de chirurgie. Si elle n'a pas des Antoine Louis comme secrétaire perpétuel, elle s'en dédommage par d'excellents secrétaires généraux. M. de Saint-Germain, après MM. Guyon et Tarnier ; aujourd'hui M. Horteloup.

La figure originale de Chassaignac ressort bien de l'éloge que la Société de chirurgie a applaudi dans sa dernière séance annuelle. Citons-en les dernières phrases :

« M. Chassaignac a été un inventeur, un promoteur ; il a créé des procédés, des méthodes, qui ont puissamment contribué à la transformation de la chirurgie.

« Tous les serre-nœuds, toutes les anses coupantes ne sont que des dérivés de son écraseur.

« Où en seraient les pansements antiseptiques sans le tube à drainage ? Ils n'existeraient pas ; nous pouvons le dire hautement, car justice pleine et entière a été rendue à M. Chassaignac par l'illustre inventeur d'un pansement auquel nous devons tant de succès.

« Si M. Chassaignac n'a pas eu de son vivant la grande place que l'histoire lui réserve, la faute en a été à sa trop grande hardiesse. Poussé par l'intuition plutôt que par le travail de la pensée, M. Chassaignac n'a pas toujours su préserver son esprit inventif d'entraînements qui ont nui à ses belles découvertes.

« Ces entraînements, inséparables du génie créateur, rappellent ces vivacités de touche des grands maîtres coloristes que le temps, avec son occulte puissance, se charge de fondre insensiblement.

« Les générations futures ne verront que les immenses services rendus à l'art chirurgical par M. Chassaignac. Son nom ne périra jamais, car ainsi que l'a dit André Chénier :

L'esclave imitateur naît et s'évanouit ;
. . . .
Ce n'est qu'aux inventeurs que la vie est promise. »

Chassaignac était un travailleur infatigable comme praticien ; il ne négligeait pas non plus le travail de cabinet. Il lisait les journaux qu'il recevait, et avec soin. Nul n'était plus heureux quand il rencontrait quelque passage où on rendait justice à ses travaux ; et il cherchait toujours à en manifester sa reconnaissance. Témoin

douloureux résulte ou d'un excès d'agitation rompant, comme le cauchemar poussé aux extrêmes, la possibilité de dormir, ou d'une excitation extérieure, ou d'un incident quelconque. Le passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition; la folie ne suit pas le rêve à distance, elle en devient le maximum, comme la strangulation qui termine la crise de coqueluche, comme le vulgaire éternument qui succède au chatouillement du nez et qui ne viendrait pas sans lui.

Les choses se passent de même en ce qui concerne la nature des divagations, c'est-à-dire *que le délire continue les idées écloses pendant le rêve*. Ce sont les mêmes tableaux fantastiques, les mêmes épisodes poignants, les mêmes aventures baroques ou sinistres, les mêmes scènes tumultueuses et mouvementées.

Etant admises la continuité du rêve et du délire, et leur identité en ce qui concerne les conceptions délirantes prédominantes, il nous faut montrer maintenant que les principaux caractères du rêve normal se retrouvent dans le délire alcoolique.

Et d'abord le rêve, avons-nous dit, porte, non pas essentiellement, mais exclusivement, sur des hallucinations visuelles, et les autres phénomènes réputés hallucinatoires qu'il présente ne méritent réellement pas ce nom.

Or il en est de même dans le délire alcoolique où les *sensations visuelles jouent un rôle aussi capital et existent à l'exclusion à peu près complète de toute autre*. Ici, comme dans le rêve, les prétendues hallucinations auditives se réduisent aux impressions les plus confuses, à des bruits de pas ou de coups, à des cris étouffés, à quelques phrases interjectives. Cela est si vrai que, parmi les animaux en si grand nombre qui assiègent l'alcoolique, ne figurent pas les bêtes qui aboient, hurlent, hennissent: ce sont toujours des animaux muets. L'alcoolique du type persécuté est le seul qui entretienne des conversations; encore faut-il remarquer qu'on lui parle peu, tandis qu'il répond beaucoup.

A *l'égal de tout rêveur, l'alcoolique est en mouvement incessant, physique et moral, pendant la crise*. Ses récits sont longs mais composés de phrases saccadées, sans lien logique. Des faits et pas de réflexions, encore moins d'étonnement et de critique. Ce qui se passe se passe, et voilà tout.

Un dernier caractère commun au rêve et au délire alcoolique, c'est la *possibilité qu'ont ces deux états de se suspendre brusquement et passagèrement sous l'influence de secousses imprimées au dormeur ou au malade, et accompagnées d'objurgations excitantes*. Chose curieuse, en effet, si on pose à l'alcoolique subaigu une question absolument en dehors de ses conceptions délirantes, il ne l'écoute pas et n'en tient aucun compte. Mais si, avant de faire la demande, on le réveille en le secouant activement par le bras ou par les épaules, en lui pinçant la peau, en lui projetant de l'eau au visage, on par tout autre moyen, et qu'ensuite on répète la question, la réponse la suit immédiatement. De temps en temps, il est près de retomber, mais il suffit de le secouer de nouveau avec quelques vives interjections pour qu'il reprenne le fil de ses idées raisonnables.

Telles sont les principales analogies qui existent entre le rêve et le délire alcoolique subaigu, analogies qui ont conduit M. Lasègue à considérer ce dernier état comme un véritable rêve pathologique. Toutefois, pour lui, le rêve alcoolique délirant n'emprunte pas au rêve normal ou aux autres rêves morbides la totalité de leurs caractères Il a ses allures propres, et il suffit de lire, en tout ou partie, le récit des épisodes qui le composent pour qu'aucun médecin expérimenté ne conserve le moindre doute à son égard.

Dr E. Régis.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 janvier. — Présidence de M. Jamin.

Physiologie comparée. — Sur l'interprétation du poids de l'encéphale et ses applications Note de M. L. Manouvrier, présentée par M. de Quatrefages.

On sait que toutes les tentatives faites pour isoler les diverses influences physiologiques qui agissent sur le poids de l'encéphale sont restées infructueuses. Le rapport du poids cérébral, soit à la taille, soit au poids du corps, n'a pas donné de résultats satisfaisants. Par le poids relatif aussi bien que par le poids absolu de son encéphale, l'homme, par exemple, est inférieur à un certain nombre de mammifères et d'oiseaux. Mais on est arrivé à trouver une loi dans cette difficulté, qui constitue comme le nœud gordien de la question. On a reconnu d'abord que, en général, les grandes es-

le fait suivant qui m'était raconté il y a quelques mois par un médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, qui fit pendant longtemps, dans la Gazette médicale, des comptes rendus de journaux étrangers. Il ne signait jamais ses articles.

Analysant, certain jour, un mémoire anglais, il avait relevé les prétentions de l'auteur qui semblait s'approprier le mérite d'une invention de Chassaignac. Deux ans après, le rédacteur anonyme de la Gazette voyait se présenter chez lui Chassaignac, qu'il ne connaissait pas, et qui venait le remercier avec les plus chaleureux témoignages de reconnaissance et d'estime des quelques lignes qu'il lui avait consacrées.

Par erreur, le nom du rédacteur de la Gazette avait été mis la semaine précédente au bas d'un de ses articles, et M. Chassaignac ayant dégagé son X..., avait pu venir serrer la main de son *bienfaiteur*.

Dr Péter-Paul Somans.

Nos lecteurs se féliciteront sans doute, comme nous, de la collaboration mensuelle que nous promet le docteur Somans. Nous lui donnerons une entière liberté dans ses appréciations des hommes et des choses, lui en laissant à la fois et le mérite et la responsabilité. D'ailleurs le feuilleton, sous la forme de *Feuilles volantes*, est un peu comme la comédie : *castigat ridendo*; les blessures qu'il peut faire ne sont jamais profondes ; ce sont de simples égratignures, qui ne sauraient réclamer l'emploi ni des anesthésiques ni de la méthode antiseptique.

F. de R.

Nominations. — M. le docteur E. Le Juge de Segrais vient d'ête nommé médecin de l'Ecole des hautes études commerciales.

∴

Collége de France. — Le ministre de l'instruction publique vient de créer près le Collége de France, par arrêté en date du 13 janvier 1882, un laboratoire de physique biologique rattaché à l'École pratique des hautes-études. — Par le même arrêté, M. Brown Séquard, professeur de la chaire de médecine au Collège de France, et M. d'Arsonval, préparateur attaché à cette chaire, sont nommés directeurs dudit laboratoire.

pèces l'emportent sur les petites par le poids absolu de l'encéphale, tandis que les petites l'emportent sur les grandes par le poids relatif. On a constaté aussi que le poids du cerveau diminue relativement à la taille depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Enfin j'ai pu constater, en 1878, et Bischoff a également montré que, dans l'espèce humaine, le poids relatif de l'encéphale augmente en raison inverse, tandis que le poids absolu croît en raison directe de la masse du corps. On peut donc poser en fait général que *l'accroissement de la masse du corps est une cause d'accroissement du poids cérébral absolu et de diminution du poids cérébral relatif.* C'est cette cause qu'il s'agit d'expliquer.

Or il n'est pas besoin, pour cela, d'invoquer aucun fait qui ne soit déjà connu. Il suffit de s'appuyer sur ce fait incontestable, que le développement des facultés dites intellectuelles n'est pas proportionnel à celui du corps. En effet, désignons par M l'ensemble des parties du corps qui font varier le poids de l'encéphale, par *m* l'ensemble des parties *quelconques* de l'encéphale qui varient proportionnellement à M, et par *i* l'ensemble des parties *quelconques* de l'encéphale dont le développement est en rapport avec les facultés intellectuelles et indépendant de M. Soient, maintenant, deux individus ou groupes très inégaux quant à M, mais égaux ou simplement moins inégaux quant à *i*. Le rapport du poids de l'encéphale $m + i$ à M sera évidemment plus élevé chez l'individu ou le groupe dont *m* et M sont plus petits, car l'addition d'une même quantité *i* à deux poids inégaux augmente relativement davantage le plus petit de ces deux poids. Si, par exemple, aux numérateurs des rapports égaux 10/000 et 5/10, on ajoute la même quantité 20, ces rapports deviennent 30/100 et 25/50 = 3/10 et 5/10, et le second de ces rapports devient plus grand que le premier.

La difficulté si ancienne qui entravait l'interprétation du poids cérébral se trouve donc résolue par une simple considération mathématique et sans l'intervention d'aucune hypothèse. L'influence de la masse du corps sur le poids relatif de l'encéphale se trouve expliquée de la façon la plus naturelle, et les faits contradictoires invoqués contre la signification physiologique du poids de l'encéphale ne font que rendre plus évidente cette signification. Il devient donc possible de pousser plus avant l'analyse du poids cérébral. C'est à quoi j'ai consacré de longues recherches, dont je me borne aujourd'hui à indiquer, d'une façon très générale, la nature et quelques résultats.

L'explication précédente montre que l'impossibilité de ranger hiérarchiquement les espèces et les individus d'après le poids de l'encéphale ne provenait pas de l'imperfection du *terme de comparaison choisi entre l'encéphale et la masse du corps*, ainsi que le croyaient plusieurs auteurs. Mais le choix d'un terme convenable ayant une importance capitale, j'ai trouvé *dans le squelette* un terme indemne des défauts que l'on peut reprocher à la taille et au poids du corps.

Une fois en possession d'un terme de comparaison qui représente assez exactement M, il devient possible, en vertu de l'interprétation précédente, de déterminer approximativement la valeur de *m* et de *i*. En effet, étant donnés deux individus ou groupes d'intelligence égale, mais de masse inégale, la différence de leur poids cérébral ne peut être attribuée qu'à leur différence de masse. Dès lors, un simple calcul de proportions suffit pour déterminer la quantité d'encéphale *m* qui correspond à la masse totale M et, par suite, la quantité *i* superflue en quelque sorte pour M. *C'est cette quantité* i *seulement qui doit servir à classer hiérarchiquement les espèces et les individus* comme on avait essayé de le faire au moyen du poids total absolu et du poids relatif de l'encéphale. De cette manière, l'homme se trouve placé bien au-dessus de tous les animaux sans exception. Dans l'espèce humaine, les diverses races, les géants, les nains, etc., se trouvent remis à leur place véritable, et beaucoup de cas qui semblaient anormaux rentrent dans la règle. En ce qui concerne les sexes, la femme se trouve au même rang que l'homme, place qui lui était contestée, d'une façon d'ailleurs peu scientifique, en vertu de l'infériorité du poids cérébral absolu.

De plus, mes recherches m'ont démontré : 1o que *l'évaluation de m et de i doit être faite pour chaque espèce* séparément, autant que possible, car, chez des animaux de types différents, une même masse de corps peut correspondre à des quantités d'encéphale différentes; 2o que *le rapport m/M varie dans chaque type*. Ce rapport peut servir à exprimer le perfectionnement de la motilité et de la sensibilité, de même que la quontité *i* peut servir à apprécier le degré de perfectionnement des conditions anatomiques de l'intelligence. Par ce rapport, aussi bien que par *i*, l'homme est supérieur aux autres vertébrés : il possède pour chaque unité de M une plus grande quantité d'encéphale.

L'interprétation du poids de l'encéphale, telle que je l'ai exposée, *permet de rattacher la forme du cerveau au poids et au volume*, *et montre qu'en réalité les questions de quantité dominent les questions de forme*, à la condition que la quantité soit analysée. En outre, les questions de quantité présentent l'immense avantage d'être accessibles à l'analyse mathématique et à l'expression numérique. Je ne fais qu'indiquer ces divers points, qui feront l'objet de communications ultérieures.

Les quantités m et i sont elles-mêmes très complexes, mais leur évaluation en bloc et la connaissance de leurs rapports numériques, soit entre elles, soit avec M, facilite beaucoup leur analyse, la recherche de leur nature, de leur rôle et de leur siège, c'est-à-dire *l'analyse anatomique et physiologique de l'encéphale*. L'interprétation précédente ouvre donc la voie à de nombreuses recherches sur l'anatomie et la physiologie cérébrales; elle permet en même temps de rendre plus méthodiques toutes les recherches de ce genre, ainsi que je le montrerai. Je montrerai également qu'elle peut rendre de grands services à la craniologie, et qu'elle peut servir à éclairer d'importantes questions anthropologiques et psychologiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. le docteur Surmay (de Ham), candidat au titre de membre correspondant national, lit une observation intitulée : *Chondrome très volumineux de la paroi thoracique antérieure pénétrant dans le médiastin jusqu'au péricarde;—ablation;— guérison sans récidive après plus de treize ans écoulés.*

La tumeur, dont l'origine remontait à quatorze ons, était un peu plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né. Elle était appliquée sur le cinquième espace intercostal droit, près du bord correspondant du sternum. On pouvait imprimer quelques mouvements extrêmement limités à la partie de la tumeur saillante sur la base, mais cette base elle-même restait immobile; la forme était globuleuse et mamelonnée, la base plus large que le sommet recouvrant la cinquième et la sixième côte. La consistance était généralement celle du cartilage et même de l'os sur certains endroits. La peau glissait librement sur toute l'étendue de la tumeur; elle avait sa couleur et son épaisseur normales, excepté sur le sommet, où elle était, par places, très amincie, rouge et même quelque peu excoriée.

L'opération fut faite par M. le docteur Surmay, le 14 décembre 1868. — Incision cruciale, dissection des lambeaux cutanés. — La plus grande partie de la base de la tumeur fut facilement détachée de la paroi thoracique; mais, arrivé à l'espace intercostal, il fallut couper dans la substance même de la masse. On vit alors qu'elle pénétrait dans l'espace intercostal, qu'elle remplissait entièrement dans une étendue de 7 à 8 centimètres, à partir du sternum. Il fallut creuser l'espace intercostal, et on s'arrêta à une profondeur qui dépassait de 3 centimètres la face profonde des côtes, laissant ainsi une excavation de 7 centimètres de longueur et d'une profondeur de 5 à 6 centimètres, dont le fond était encore formé du

tissu morbide. — Réunion par suture entortillée du lambeau cutané, en laissant une ouverture suffisante vis-à-vis de l'excavation, qui fut remplie avec de la charpie.

Pendant les trois semaines qui suivirent l'opération, on retira chaque jour des débris de tissu morbide, tantôt mortifiés, tantôt vivants et saignants. Au bout de ce temps, l'excavation avait atteint 10 centimètres de profondeur à partir de la peau, et, un matin, on vit le pus qui la remplissait repoussé au dehors par des pulsations isochrones à celles du cœur. Le doigt, introduit jusqu'au fond de la plaie, *touchait le cœur* qui le repoussait à chaque systole. Le néoplasme avait donc *entièrement envahi l'espace intercostal, puis il avait repoussé la plèvre et pénétré dans le médiastin antérieur jusqu'au péricarde.*

L'excavation, débarrassée du reste du tissu morbide, se combla peu à peu; la guérison fut complète, et aujourd'hui, après plus de treize ans, il n'y a pas eu de récidive.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Gosselin et Alphonse Guérin.

— M. Hervieux rend compte des expériences pratiquées avec le vaccin de la génisse adressée à l'Académie par M le docteur Dubreuilh (de Bordeaux). Voici les conclusions de ce travail :

1o La génisse adressée à l'Académie par M. Dubreuilh (de Bordeaux) portait au voisinage des trayons une trentaine de pustules qui offraient au quatrième et au cinquième jour de leur développement les caractères de la vaccine légitime.

2o La matière extraite de ces pustules, soit par piqûres avec une lancette, soit par expression avec des pinces, et inoculée soit à des génisses, soit à des enfants, a donné lieu à une pustulation complètement identique à celle de la vaccine normale.

3o Sauf un très petit nombre d'exceptions, les inoculations ont produit autant de résultats positifs qu'il y a eu d'enfants vaccinés, et, à peu de chose près, que de piqûres.

4o La transplantation du vaccin de la génisse de Bordeaux sur les génisses achetées par nous a été suivie d'un succès complet, puisque nous avons eu sur chacune d'elles autant de pustules réussies que d'incisions.

5o Nous avons pu ainsi substituer complètement le vaccin de la Gironde à notre vaccin officiel, aussi bien pour la série de nos mardis que pour celle de nos samedis.

6o L'étable de M. Chambon, qui dessert tous les hôpitaux de Paris, a pu également renouveler son vaccin animal et favoriser ainsi la propagation dans notre cité du vaccin de la Gironde.

7o En raison de ces faits, le vaccin de la Gironde mérite d'être placé parmi les vaccins les plus renommés (le vaccin de 1836, dit de Passy, et le vaccin de 1866, dit de Beaugency).

M. Bouley demande à M. Hervieux s'il attache à l'expression de cow-pox spontané l'idée d'une véritable spontanéité.

M. Hervieux répond qu'il ignore si le vaccin qu'a fourni le cow-pox de la Gironde a été en contact avec des chevaux atteints de horse-pox.

M. Leblanc dit que M. Dubreuilh s'est assuré qu'il n'existait pas de cheval atteint de horse-pox dans le village où était la vache sur laquelle on a découvert le cow-pox. Il s'agit donc bien ici d'un cas de cow-pox spontané.

M. Depaul confirme les renseignements donnés par M. Leblanc et qu'il tient également de M. Dubreuilh.

M Bouley fait observer qu'il n'est rien de plus fréquent que de voir des chevaux atteints de horse-pox. Il serait donc extrêmement facile de renouveler le vaccin en inoculant à la vache le horse-pox du cheval.

M. Hervieux dit que cette expérience a été déjà faite et que l'on a déjà renouvelé le vaccin de l'Académie avec du cow-pox obtenu par l'inoculation du horse-pox à la génisse.

A une question qui lui est adressée par M. Bouley, M. Hervieux répond que la pustulation obtenue avec ce nouveau vaccin ne présentait aucune différence avec celle du vaccin ancien.

M. Hervieux exprime le regret que M. Jules Guérin, oubliant la promesse qu'il avait faite l'année dernière à M. Depaul, ne soit pas venu à la tribune de l'Académie dépouiller le dossier de la vaccine animale. M. Hervieux ajoute qu'il serait heureux de voir M. Jules Guérin tenir sa promesse.

M. Jules Guérin répond qu'il n'a pas renoncé à ce dessein, mais qu'empêché actuellement par d'autres travaux, il regrette de ne pouvoir donner à M. Hervieux la satisfaction qu'il réclame.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national dans la quatrième division.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Terrillon fait une communication sur plusieurs faits qu'il a observés de fistules congénitales de la partie supérieure de la région sacrée. Ces fistules diffèrent donc beaucoup par leur siège des fistules de la région ano-coccygienne, qui ne sont pas rares.

Le premier malade observé par M. Terrillon est un homme de 35 ans, qui entra à Laënnec en 1877 et qui portait depuis sa naissance, dans la région indiquée, une fistule; celle-ci ayant donné lieu à des accidents inflammatoires décida le malade à entrer à l'hôpital. Il existe chez lui, sur la ligne médiane, un orifice gros comme une lentille à bords cutanés et qui conduit dans une cavité remontant sous la peau à trois centimetres et demi. Il se fait par cet orifice un écoulement peu abondant de liquide contenant de la graisse et des cellules épithéliales pavimenteuses. Autour de ce premier orifice, il existait trois ou quatre autres fistules bourgeonnantes et consécutives à des abcès. Le squelette est absolument indemne. M. Terrillon enleva au bistouri tout le trajet congénital, ouvrit les autres fistules qu'il cautérisa avec le thermo-cautère et le malade guérit parfaitement.

Deux ans plus tard, à sa consultation de Saint-Antoine, se présentait une femme de 22 ans ayant la même affection, sauf qu'il n'y avait pas d'autres fistules que la fistule congénitale, de laquelle s'écoulait un liquide identique à celui observé chez la première malade. Cette femme refusa de se laisser opérer.

Enfin, il y a trois mois et demi, M. Terrillon vit un homme de 30 ans dans des conditions tout à fait semblables à celles de son premier malade. Il lui fit le même traitement et le résultat ne fut pas moins heureux.

M. Terrillon se demande quelle explication il faut donner pour la formation de ces fistules. Elles siègent dans le même point que siègent le plus habituellement les spina bifida, et l'on peut se demander si c'est cette affection à un degré rudimentaire, ou si ce serait quelque chose de correspondant à ce que les embryogénistes appellent l'ombilic postérieur. Celui-ci serait formé par la réunion des arcs et de la corde dorsale en un point qu'on ne peut encore préciser, car la fermeture de cet ombilic a lieu très rapidement. En outre, dans le spina bifida, il y a lésion osseuse, tandis qu'ici il n'en existe pas. M. Terrillon, sans rien affirmer, est plutôt porté à croire que c'est un vestige de l'ombilic postérieur.

M. Després : Je partage l'opinion de M. Terrillon à ce sujet. J'ai vu il y a quelques années une enfant de 14 ans portant au meme point une tumeur contenant des cellules épidermiques, et je crois que ce fait peut se rapprocher de ceux de M. Terrillon.

M. Monod : J'ai eu l'occasion d'observer une jeune fille ayant à la partie inférieure de la fesse une fistule congénitale qui conduisait à un trajet de dix centimètres du côté du sacrum. Mais on n'arrivait pas sur un point osseux dénudé. Quoique le siège de la fistule soit différent, c'est néanmoins un cas que l'on peut rapprocher des précédents.

M. Gueniot : C'est au point précis indiqué par M. Terrillon que l'on rencontre quelquefois, chez des monstres, soit un bouquet de poils, soit un appendice cutané.

M. CHAUVEL : J'ai vu souvent de ces fistules congénitales, mais elles siégeaient plus bas que ne l'indique M. Terrillon.

M. TERRILLON : En effet, le point intéressant de ces fistules, c'est leur siège presque au niveau de la cinquième lombaire, car celles qui existent plus bas sont assez fréquentes.

— M. NEPVEU fait une communication sur les résections tibio-tarsiennes dans les cas de fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe.

M. VERNEUIL : J'insiste à ce propos sur une pratique que je croyais avoir imaginée, mais qui a été déjà indiquée par Lisfranc. Elle consiste à réséquer une partie des tendons sains lorsque leurs antagonistes ont été lésés. Avec ce procédé on évite les déviations du pied, qui sont un des inconvénients de l'opération.

M. POLAILLON : J'ai imaginé un autre procédé qui permet de conserver les tendons sans avoir de déviation du pied. Il suffit de conserver la malléole externe; de cette façon on n'a pas besoin de réséquer les péroniers, cela bien entendu lorsque les tendons et les muscles de l'autre côté ne sont pas lésés.

M. TERRILLON a eu l'occasion de se servir de ce procédé dont il a eu un très bon résultat.

Henri BASTARD.

BIBLIOGRAPHIE

LE PROGRÈS EN MÉDECINE PAR L'EXPÉRIMENTATION; leçons de pathologie comparée, professées au Muséum d'histoire naturelle pendant l'année 1880-81, par M. HENRI BOULEY, membre de l'Institut. — Paris, in-8º. Asselin et Cie, 1882.

En prenant possession de la chaire de pathologie comparée récemment créée au Muséum d'histoire naturelle, M. Henri Bouley avait tracé à ses auditeurs le programme qu'il comptait remplir, à savoir : l'étude des grands progrès accomplis par les recherches du laboratoire, et les lumières répandues par celles-ci sur la pathologie et particulièrement sur l'étiologie des maladies transmissibles.

La méthode d'observation, en effet, dominée par un parti pris doctrinal, et malgré les services incontestables et incontestés qu'elle a rendus, puisqu'elle a été pendant tant de siècles la base et la créatrice de la nosologie comme de la clinique, la méthode d'observation, dis-je, employée isolément, est impuissante souvent à donner la solution rigoureuse des problèmes de la pathologie. Car les seuls rapports qu'elle permette de saisir, ce sont des rapports de coïncidence ou de succession; elle ne permet pas, dans un grand nombre de cas, d'établir la causalité entre les faits.

C'est pourquoi l'observation doit être doublée d'une autre méthode, l'expérimentation, qui pouvant répéter constamment les mêmes phénomènes dans des conditions identiques est à même de faire la preuve de ces causalités que l'observation est quelquefois impuissante à établir.

Les conceptions doctrinales, basées sur l'observation seule, ont souvent conduit dans le passé à des erreurs aussi scientifiquement étranges que pratiquement redoutables : on faisait de la *morve* une maladie spontanée naissant sous l'influence de causes générales; la *maladie de sang* de la Beauce était transformée en une pléthore dérivant d'une alimentation trop succulente; la *cachexie aqueuse* du mouton était la maladie de l'eau et provenait d'une sursaturation de l'organisme de l'animal par l'humidité.

Et je ne cite que de rares exemples parmi ceux qui sont rapportés dans les leçons de M. Bouley.

Or, voici venir l'expérimentation qui substitue des réalités que l'on peut reproduire à coup sûr, dans des circonstances données, aux déductions logiques peut-être, mais à coup sûr erronées dans leurs conséquences, que l'on tirait de rapports mal saisis entre les faits observés.

Elle fait sortir la morve d'un tubercule pulmonaire, le charbon du sang du mouton autrefois pléthorique; elle montre que la maladie de l'eau n'est que la conséquence de la *distomatose hépatique*; elle affirme la nature microbienne d'un grand nombre de maladies contagieuses, cultive ces microbes et transforme leur énergie virulente excessive en activité vaccinale et tutélaire.

Dans ses leçons, M. Bouley a voulu fournir une longue série d'exemples empruntés à la pathologie comparée et capables de démontrer la vérité des propositions précédentes. Comme il avait été l'un des premiers à défendre la théorie microbienne de la virulence et la vaccination par les virus atténués, il a jugé utile, pour répondre de nouveau aux oppositions qui s'étaient élevées ailleurs contre la grande œuvre expérimentale de M. Pasteur, d'accumuler dans ses leçons toutes les preuves qui pouvaient faire prévaloir dans l'esprit de ses auditeurs ce qu'il considère comme la vérité.

La rage, la morve, la péripneumonie contagieuse, la maladie de sang des bêtes à laine, la cachexie aqueuse du mouton, sont les premiers exemples que le professeur passe en revue. Avec la haute compétence que lui donnent à la fois sa longue pratique comme observateur et son habileté d'expérimentateur, il démontre très clairement que « dans les conditions complexes où une maladie du genre de celles qu'il étudie se présente à l'observateur, il est difficile de discerner celle qui est la *cause réelle*, c'est-à-dire la condition exclusive de la manifestation de la maladie, de toutes celles qui l'accompagnent et qui, sans être causes elles-mêmes, ne laissent pas d'avoir leur part d'influence sur cette manifestation, en ce sens que sans elles la cause réelle aurait pu rester sans action. »

Puis vient, magistralement traitée, la grande question de l'inoculation variolique, de la vaccine, du cow-pox, du horse-pox. Voilà bien le terrain exclusivement expérimental, et M. Bouley montre comment l'expérience a eu raison des obscurités et des erreurs pendant le cours des démonstrations pour ainsi dire publiques qu'il fit pendant l'été de 1863 dans son service de clinique à l'école d'Alfort.

L'identité de nature de la variole et de la vaccine est réprouvée par l'expérience, et aux grandes joutes oratoires de l'Académie, où les analogies et les différences ont tour à tour servi d'argument, M. Bouley oppose, avec les résultats acquis tant par lui que par la commission lyonnaise, l'aphorisme baconien dont il fait la devise de la médecine expérimentale : « Non fingendum nec excogitandum quid natura faciat, sed inveniendum. »

Mais les découvertes de M. Pasteur ont étendu la compréhension de la grande méthode préventive que l'on appelle l'*inoculation*. M. Bouley étudie cette dernière dans tous ses détails, tant au point de vue des résultats qu'elle a donnés dans le passé que de ceux qu'on obtient aujourd'hui et de ce que la médecine est en droit d'espérer d'elle pour l'avenir.

Il envisage successivement la clavelisation du mouton et l'inoculation péripneumonique; puis, établissant combien est restreint encore, chez l'homme, le champ de l'inoculation prophylactique, il s'appuie sur une des plus grandes découvertes de M. Pasteur, la méthode de l'atténuation des virus, pour tracer le programme de l'inoculation prophylactique appliquée à

des maladies humaines pour lesquelles l'énergie de la virulence s'opposait à tout essai de transmission artificielle.

Et choléra des poules, charbon, charbon symptomatique, septicémie, fièvre aphtheuse, peste bovine, maladie des chiens, pébrine, flacherie, etc., etc., apportent tour à tour leurs arguments qui, bien mis en valeur par le clinicien, viennent éclairer les faces diverses de la question.

La doctrine de la spontanéité, les conditions de l'épidémicité, par exemple, peuvent être éclairées par des interprétations très légitimes fondées sur les analogies observées dans les expériences de laboratoire, et si audacieuses que soient les hypothèses mises en avant elles ont au moins cette grande portée que, loin de dériver des vues de l'esprit, elles procèdent de faits d'expérimentation qui autorisent tout au moins leur discussion. Et quel plus frappant exemple que celui choisi par M. Bouley : « Le microbe du charbon rendu inoffensif par son atténuation, pour les animaux les plus susceptibles de ses effets, récupère un certain degré de son activité primitive quand il rencontre l'organisme d'un cobaye d'un jour favorable à sa culture ; puis il sert d'élément de contagion entre animaux de même âge, s'y renforce graduellement et retrouve assez de force pour avoir prise sur des cobayes plus âgés ; puis d'échelons en échelons, par des passages à travers des organismes successifs, il retrouve toute son énergie et manifeste ses effets par la puissance de son action contagieuse sur des groupes. »

Il n'est pas possible, dans les limites restreintes d'une simple analyse, d'entrer dans le détail des matières traitées pendant les trente-quatre leçons que M. Bouley a consacrées à son cours. Qu'il nous suffise de dire que le lecteur trouvera dans celles-ci, à côté du chaleureux plaidoyer que l'éminent professeur a soutenu en faveur des idées de M. Pasteur, l'énonciation et la réfutation de la plupart des objections qui ont été opposées au grand novateur, ainsi qu'un exposé complet de tous les faits indiscutablement acquis aujourd'hui par la méthode nouvelle dans les états pathologiques dont je parlais tout à l'heure.

A propos des objections faites et des dénégations basées sur le résultat d'expériences négatives, M. Bouley insiste avec énergie sur la véritable manière d'appliquer, au point de vue de la valeur des faits négatifs contre les faits positifs, les principes de la méthode expérimentale, que Claude Bernard a si solidement établis dans ses leçons. Le fait négatif ne peut pas faire équilibre au fait véritablement positif, dans la balance des jugements à formuler : « Les faits négatifs veulent dire que lorsque, dans une recherche ayant pour objet la vérification d'un fait positif, on ne se met ou l'on ne se trouve pas dans les conditions rigoureusement nécessaires pour que ce fait se produise, on se trouve par cela même mis en défaut, et l'on arrive à déterminer des faits différents, qui paraissent contradictoires, mais n'ont que cette apparence. On pourrait même dire que cette négation peut être invoquée à l'appui de la vérité de la loi, puisqu'elle prouve que, quand cette loi n'est pas observée rigoureusement, elle ne produit pas ses conséquences. »

C'est à l'aide de ces principes et en se basant sur eux que M. Bouley fait la critique des objections diverses qui ont été élevées au sein de l'Académie de médecine, par plusieurs savants et en particulier par M. Colin, contre les expériences de M. Toussaint sur l'immunité charbonneuse.

Mais à côté de cette partie de vulgarisation et de critique, qu'il nous soit permis de dire que, quand M. Bouley prend comme devise, presque en tête de ses *Leçons :* « Inventa narrare non inglorium, » il fait preuve de trop grande modestie, car son livre est assez riche en vues et en recherches originales, en programmes expérimentaux d'investigations à poursuivre dans le but d'éclairer les obscurités des divers problèmes soulevés, pour avoir aussi et à un haut degré le caractère d'une œuvre vraiment personnelle.

La clarté, la simplicité de l'exposition, ne sont pas l'un des moindres mérites des leçons de M. Bouley. On reconnaît à chaque page le lettré à côté du savant, et les qualités d'un beau style, bien français, reposent agréablement le lecteur de cette recherche du pittoresque ou du néologisme germanique dont tendait à abuser un peu la littérature scientifique.

ALBERT ROBIN.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE.

NÉCROLOGIE. — On annonce d'Amérique la mort du docteur Hayes qui accomplit, vers 1860, un des plus célèbres voyages d'exploration dans les régions arctiques Il avait dépassé le 81e degré de latitude nord et avait pu contempler la fameuse mer libre du pôle.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Duclos (de Saint-Quentin), qui a succombé ces jours derniers.

— M. le professeur Th. Schwann, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique et membre de la Société de biologie de Paris, vient de mourir à 71 ans dans la ville de Cologne, après avoir occupé successivement, à Louvain, en 1839, la chaire d'anatomie, et à Liège, en 1858, la chaire de physiologie. Il était né à Neuss, le 7 décembre 1810.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Huet, décédé à Toulouse le 12 janvier, et le docteur Foulis (de Glascow), qui vient de succomber, victime du devoir professionnel, à une diphtérie contractée au lit d'un malade auquel il avait pratiqué la trachéotomie.

⁂

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE A GENÈVE. — Nous recevons du comité d'organisation du quatrième Congrès international d'hygiène la circulaire suivante, que nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs :

Le troisième Congrès international d'hygiène, réuni à Turin en 1880, a désigné par acclamation la ville de Genève pour siège du quatrième Congrès.

Le Haut Conseil fédéral suisse, les autorités et la population de Genève ont accepté avec empressement cette décision honorable pour leur patrie, et se préparent à faire le meilleur accueil aux hygiénistes étrangers et nationaux qui viendront assister à cette réunion scientifique.

Le Congrès se réunira du 4 au 9 septembre 1882.

Le comité genevois, chargé de son organisation par le Conseil d'Etat, aspire à le rendre digne des précédents Congrès de Bruxelles, Paris et Turin.

Appuyé sur le comité national suisse, il fait appel à toutes les personnes qui, par leurs travaux, leur situation ou leur compétence spéciale, concourent à établir ou à appliquer les règles de l'hygiène.

Il a décidé, d'accord avec la commission internationale issue du Congrès de démographie de Paris en 1878, qu'une *section de démographie* sera adjointe au Congrès d'hygiène.

Que les hygiénistes et les démographes de tous pays se préparent donc à apporter au Congrès de Genève le concours de leurs lumières et leur part de travail.

Ils peuvent dès maintenant se faire inscrire comme membres et recevoir les publications du Congrès (1).

Ils sont invités, de même que les Sociétés scientifiques et les corps sanitaires, à soumettre le plus tôt possible au comité d'organisation les questions qu'ils croiraient utile de traiter dans cette réunion internationale.

Plusieurs travaux sont déjà annoncés, et quand la liste en sera complète, le comité les fera connaître en attirant spécialement l'attention sur les questions qui lui paraîtront présenter l'intérêt le plus actuel.

Une *exposition* de publications, de plans, dessins et objets de toute nature se rapportant à l'hygiène ou à la démographie sera ouverte à Genève du 1er au 30 septembre. Les auteurs, les inventeurs et les fabricants de toute nationalité sont invités à faire connaître au plus tôt leur intention d'y prendre part.

Le comité s'efforcera d'obtenir une réduction du prix de transport sur les lignes de chemin de fer pour les membres du Congrès et pour les objets destinés à l'exposition.

Pour le Comité d'organisation :

Le Président, H.-C. Lombard. — *Le Secrétaire général,* P.-L. Dunant.

(1) Le Congrès se composera de médecins, d'hygiénistes, de pharmaciens, de chimistes, de physiciens, de météorologistes, d'ingénieurs, d'architectes, d'instituteurs, de vétérinaires, de membres des conseils d'hygiène, étrangers ou nationaux, qui se seront fait inscrire et auront versé une cotisation de 20 francs. Ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session.

Cette cotisation sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion, et par les participants au moment où ils retireront leur carte.

Le secrétariat reçoit dès à présent les adhésions (avec mention des titres et l'adresse aussi exacte que possible), afin d'être à même d'envoyer les publications du Congrès.

***

Association française pour l'avancement des sciences — Le Congrès tiendra sa onzième session dans la ville de La Rochelle du 24 au 31 août 1882.

***

Cours. — M. le docteur Ferdut commencera son cours public d'accouchements mardi 31 janvier, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3. — Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, et sera terminé fin mars.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 13 janvier au jeudi 19 janvier 1882.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 21. — Rougeole 13. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 50. — Dysenterie 2. — Erysipèle 5. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 10 — Autres affections générales 72 — Malformation et débilité des âges extrêmes 84. — Bronchite aiguë 61. — Pneumonie 123. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43. — au sein et mixte 29. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 111. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 101. — de l'appareil digestif 46. — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 14. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1,179 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

Empirisme et Science

La médecine n'est plus ce mélange de tâtonnements et d'empirisme dont se moquait Molière. Grâce à l'analyse chimique et à la micrographie, elle devient une science exacte dont les vrais débuts datent d'hier, mais dont les progrès rapides permettent d'espérer, pour un prochain avenir, un corps de doctrines enfin rationnel et fécond en utiles résultats.

Un exemple fera comprendre la nature et l'importance de cette révolution. Il n'y a pas longtemps encore, la thérapeutique était très souvent impuissante devant les cas d'anémie, de chlorose, de rachitisme, de dépérissement sous une apparence et sous un nom quelconques. On savait vaguement que ces états coïncident avec une diminution de la quantité de fer contenue dans le sang, et on administrait du fer qui, neuf fois sur dix, laissait le mal suivre son cours ou même l'aggravait au lieu de le guérir. Les insuccès étant attribués aux préparations ferrugineuses, nous avons pu assister à une éclosion merveilleuse de produits ferrugineux laissant bien loin derrière elle la multiplication légendaire des pains de l'Evangile. On n'a peut-être jamais ingéré autant de fer sous toutes les formes imaginables, et non seulement l'anémie ne diminue pas, mais elle tend plutôt à augmenter.

La cause de cette anomalie provient de ce que, jusqu'à ce jour, les chimistes qui ont étudié le sang, trompés par la couleur rouge des cendres de cet élément et opérant sur des quantités trop faibles, ont conclu, sans recherches plus approfondies, que le fer existe dans le sang à l'état de métal intégré dans une matière protéique complexe appelée hémoglobine. De plus, la possibilité d'entrevoir sous le champ du microscope quelques cristaux éphémères de cette substance a contribué à propager cette erreur ; aussi pour les partisans enthousiastes de l'hémoglobine en tant qu'espèce chimique définie, le globule hématique n'est plus qu'un simple support et un véhicule d'oxygène ; ne remplissant, dans la nutrition, que le rôle tout à fait accessoire de faciliter l'élimination des déchets organiques en procurant de l'oxygène pour les brûler.

Lorsqu'en 1873 nous annonçâmes que le fer existe dans le globule hématique à l'état de *phosphate et seulement sous cette forme,* ce résultat parut sans importance et passa presque inaperçu. Comparé à ceux que nous avons publiés en 1879 et en 1880, il acquiert une grande valeur et rentre dans une loi générale que nous formulons ainsi : *Tout élément organisé vivant, depuis la simple cellule jusqu'au tissu le plus complexe, renferme une charpente minérale formée en proportions variables des cinq phosphates organiques.* On comprend alors pourquoi l'exercice des fonctions vitales qui détermine une destruction des tissus, élimine simultanément et proportionnellement des principes azotés et des phosphates.

L'existence d'un squelette minéral phosphaté dans chaque tissu et dans chaque élément cellulaire vivant, caractérisé souvent par la prédominance d'un phosphate spécial, nous a permis de constater l'intervention directe du globule dans la nutrition intime des organes. Amené par la circulation dans chaque tissu, il s'y fixe et s'y désagrège ; ses matières protéiques (la globuline) servent à réparer les pertes organiques, et son support minéral le phosphate de fer sert à former d'autres phosphates de reconstitution, tandis que l'oxyde de fer, mis en liberté, est éliminé.

Si de ce fait capital on rapproche les suivants, à savoir que : 1o les causes principales qui engendrent l'anémie correspondent toujours à une dépense phosphatique exagérée (croissance, grossesse, allaitement) ; 2o l'analyse de nos principaux aliments prouve que les deux phosphates essentiels du sang, le phosphate de fer, squelette du globule, et le phosphate de soude qui constitue le milieu physiologique de cet organite sont ceux qui s'y trouvent en moindre quantité, on s'explique alors parfaitement la fréquence de l'anémie, l'inertie des préparations ferrugineuses non phosphatées et la nécessité de fournir à l'organisme les phosphates hématiques dont il a besoin.

C'est pour répondre à ces besoins qu'a été composé le *fer hématique L.-J. Michel.* Depuis six années qu'il est employé, ses résultats ont été si nets, si précis, si immédiats, qu'ils sont venus confirmer, en tout point, les conclusions qui précèdent. Nous pouvons donc dire que le *fer hématique L.-J. Michel* s'impose comme étant le seul *ferrugineux physiologique.*

Jolly.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 5 4 FÉVRIER 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 3 février 1882.

LE RACHITISME CONSIDÉRÉ COMME UNE MANIFESTATION DE L'IMPALUDISME

Après la discussion retentissante soulevée par le professeur Verneuil à l'Académie de médecine sur les relations pathogéniques de la glycosurie et de l'impaludisme, il paraîtra moins singulier d'entendre parler de relations semblables entre le rachitisme et l'intoxication paludéenne. Elle n'en est pas moins aventureuse, la tentative faite par un professeur de Heidelberg, de rattacher les manifestations cliniques et les lésions du rachitisme au miasme palustre exerçant ses ravages sur l'organisme du nouveau-né. Et pourtant, quand on lit sans prévention d'aucune sorte le mémoire (1) que M. Oppenheimer consacre à défendre cette thèse, on est entraîné à reconnaître que sous ses dehors d'invraisemblance l'idée a des chances d'être vraie.

Les preuves invoquées par M. Oppenheimer à l'appui de son opinion sont d'ordres très divers. Nous nous bornerons à signaler les principales.

D'abord l'auteur réussit sans peine à mettre en lumière l'insuffisance des différentes théories émises jusqu'ici pour expliquer le mécanisme pathogénique du rachitisme, l'inanité des efforts tentés pour reproduire cette maladie par voie expérimentale.

Il insiste sur ce que, dans l'étude clinique du rachitisme, l'attention des médecins s'est concentrée sur l'évolution des lésions osseuses. D'autres symptômes d'une importance majeure leur ont échappé, ou ont été relégués en seconde ligne. Telle, certaine forme de diarrhée où les évacuations n'ont lieu qu'à jours fixes et à certaines heures de la journée, de préférence le matin, avec une périodicité qui affecte presque toujours le type de la fièvre tierce. En même temps que le ventre des petits malades est ballonné, on découvre un certain degré de tuméfaction de la rate, qui ne fait jamais défaut. Ces crises diarrhéiques précèdent souvent de quelques jours l'apparition des premières altérations osseuses du rachitisme. Elles peuvent manquer et la maladie peut s'annoncer par d'autres crises périodiques, nocturnes, pendant lesquelles les enfants ne cessent de crier plusieurs heures durant ; en même temps, la température axillaire a subi une ascension fébrile, la rate est tuméfiée, et l'accès se termine par des sueurs profuses à la tête surtout. Des déterminations thermométriques relevées par l'auteur démontrent que la température des premières heures du matin peut, lors de ces accès, s'élever au delà de 40°, tandis que la température vespérale se maintient au niveau physiologique.

Quand le rachitisme aboutit au marasme, l'*habitus* des petits malades est absolument celui de la cachexie paludéenne chez les adultes. Il suffit de comparer les descriptions consacrées par les auteurs classiques à ces deux variétés de

(1) OPPENHEIMER. *Untersuchungen und Beobachtungen zur Actiologie der Rachitis* (DEUT. ARCH. FÜR KLIN. MEDICIN., t. XXX, p. 45-108, 1881.)

FEUILLETON

III. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

La médecine en Chine. — Médecins et médications. — Le collège des médecins à Péking. — Les livres de médecine. — Le docteur Wong à Canton.

Tel est le milieu dans lequel se sont implantées, depuis bien peu d'années, des agglomérations *occidentales*, représentées à peu près partout par de simples individualités, sauf dans deux points, Hongkong où les Anglais sont chez eux, et Shanghai où les trois nations signataires des traités, Angleterre, France et Amérique, sont installées sur territoire chinois, mais dans des conditions qui, sauf le mot, équivalent à une véritable possession.

Ici, la population étrangère s'élève à plusieurs milliers d'individus. Partout ailleurs, elle ne dépasse guère une centaine, ou même une vingtaine de résidents. Mais, quel que soit le chiffre infime de la population qu'atteignent ces derniers, dans tous les ports ouverts (1) existent des institutions médicales anglaises, que je me propose de faire connaître, et d'où sortent les précieux documents qui font la richesse des *Customs medical Reports*.

Je voudrais, auparavant, entretenir brièvement les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE des institutions chinoises de bienfaisance, sujet qui ne saurait être pour eux dépourvu d'intérêt, et mettre

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier.

(1) Les ports définitivement ouverts au commerce et à la résidence des étrangers, par le traité de Tientsin (1858), sont au nombre de quatorze : Canton, Shanghaï, Ningpo, Footchow, Amoy, Swatow, Tamsui et Takow dans l'île de Formose, Tchefoo, Tientsin, Chinkiang, Hankow, Kinkiang, et Newchwang dans la Mantchourie. Le traité de Footchow (août 1876) y a ajouté les ports de Tchang, Wu-Hu, Wen-Chow et Peihai. Quelques-unes de ces résidences sont sur les bords du Yang-Ez.

Hongkong est une possession anglaise.

cachexie pour être frappé de leurs traits de ressemblance. De même, à une période moins avancée dn rachitisme, l'extrême pâleur des petits malades jointe à la conservation de l'embonpoint, à la distension du ventre et à la tuméfaction de la rate, rappelle en tous points l'empreinte de l'intoxication paludéenne sur l'organisme de l'adulte. Cette analogie se poursuit quand on analyse avec soin l'évolution des deux processus, rachitisme et impaludisme.

La prédominance des lésions osseuses ne saurait être invoquée comme un argument péremptoire contre l'assimilation de ces deux processus. En effet, physiologistes et pathologistes s'accordent depuis quelques années à reconnaître à la moelle des os un rôle, difficile à préciser, dans l'hématopoièse. Ce rôle serait analogue à celui de la rate. Pour les uns, la moelle des os prend part à la formation des hématies; pour les autres, et c'est l'opinion qne j'ai défendue jadis dans ce journal (GAZETTE MÉDICALE, nos 14, 18 et 19, 1879), elle interviendrait dans la destruction, dans la désassimilation des globules ronges; les cellules de la moelle se chargeraient en partie de l'hémoglobine des globules rouges en voie de répression. On voit par là que les fonctions de la moelle osseuse et celles de de la rate prêtent aux mêmes controverses. Toujours est-il qne si une part indéniable, mais mal définie, revient à la moelle des os dans l'hématopoièse, ce rôle n'est bien manifeste qne dans les premiers temps de la vie. Pendant la première enfance, le tissu médullaire offre à la fois une structure et des fonctions propres, qu'on lui voit récupérer dans certains états cachectiques, sans doute parce que la régression des éléments du sang devient plus active. Qu'on réfléchisse maintenant à ce que le rachitisme ne se rencontre que chez les enfants du premier âge, à une période de l'existence où la moelle des os est douée d'une vitalité exceptionnelle et offre une structure en rapport avec celle-ci, et on concevra qu'un même agent morbifique, tel que le germe de la malaria, puisse produire du côté des os des altérations qui font défaut, ou à peu près, chez l'adulte; je dis à peu près, car les recherches d'Arnstein (1), de Browicz (2), les observations plus récentes de Henck (3) démontrent qne dans les cas de fièvre intermittente la moelle des os se charge d'infiltrations pigmentaires, à l'instar de la rate.

Un dernier argument est tiré de la distribution géographique du rachitisme et de la malaria. M. Oppenheimer en appelle au traité de géographie médicale bien connu de Hirsch, pour établir l'extrême rareté dn rachitisme dans des contrées où les fièvres paludéennes sont inconnnes; ainsi, sur les plateaux élevés de l'Europe, en Islande, dans les îles Fœroé, dans le nord de la Scandinavie, etc. A cela, on peut objecter que le rachitisme est très répandu dans les grandes villes où les affections paludéennes ne s'observent qu'à titre d'importation. Oppenheimer réplique à cette objection que dans les cités populeuses, où le sol est bouleversé sans cesse, l'air peut charrier des germes de malaria qui n'ont pas une activité suffisante pour impressionner l'organisme adulte, tandis qu'ils trouveront un terrain moins réfractaire à leur végétation dans les tissus de l'enfant qui n'a pas dépassé la première période de l'existence, et qui subit en outre l'influence de mauvaises conditions hygiéniques.

Tel est, dans ses traits essentiels, ce travail qui offre un attrait réel pour ceux qui s'intéressent aux questions de pathologie générale.

E. RICKLIN.

(1) Arnstein, VIRCHOW'S ARCHIV, t. LXI, p. 494, 1874.
(2) Browicz, VIRCHOW'S JAHRESBERICHT, t. I, p. 275, 1876.
(3) Heuck, BERLIN MED. WOCHENSCHR., n° 13, 1880.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DU TRAITEMENT DES ABCÈS CHAUDS PAR LES INJECTIONS D'ALCOOL (méthode de M. le professeur GOSSELIN), par M. ASSAKY, interne des hôpitaux, préparateur de physiologie générale au Muséum.

La méthode qu'emploie M. le professeur Gosselin dans le traitement des abcès chauds repose sur les propriétés antiseptiques de l'alcool, sur l'action qu'exerce l'alcool sur les tissus enflammés on en suppuration.

Nous allons exposer d'une façon succincte cette méthode et voir à quels résultats elle conduit.

Au lieu d'ouvrir largement, on fait à l'abcès une incision qui ne dépasse généralement pas 1 centimètre. Cette ponction permet à l'abcès de se vider en partie; on achève d'évacuer le pus au moyen de légères pressions et on lave la cavité avec de l'alcool à 90 degrés.

---

sous leurs yeux quelques tableaux pris sur le vif et qui n'ont encore été reproduits nulle part.

Je n'ai pas grand'chose à ajouter à ce qui a été raconté bien des fois au sujet de la médecine chinoise. Il y a certainement des médecins en Chine, il doit même y en avoir beaucoup, chacun étant libre de se parer de ce titre à sa guise et de pratiquer en conséquence, sans plus de responsabilité que de contrôle. Il y a des médications usitées, il y a surtout beaucoup de médicaments rassemblés dans des formulaires Ils emploient un certain nombre de ceux que nous avons empruntés au règne minéral, et, parmi les médicaments végétaux, il en est sans donte un bon nombre dont nous pourrions utilement faire notre profit. Mais il n'y a pas de *médecine* dans l'empire du Milieu.

D'abord point d'enseignement. Il existe bien à Péking un *collège de médecins;* mais il ne sert qu'à instituer des praticiens pour le service du palais impérial.

Ceux-ci sont au nombre de trente environ, à boutons de couleur différente, c'est-à-dire de grades différents. Les deux premiers médecins, à bouton bleu, doivent faire un cours sur la médecine. Celui-ci, nous apprend le docteur Morache, consiste dans la lecture des classiques : nul commentaire, nulle discussion ne s'ouvre entre le maître et les élèves. Ecrits sous forme didactique, ces préceptes, qui constituent le *nec plus ultra* de la science, forment autant d'aphorismes, et l'étudiant chinois a acquis le maximum de savoir quand il peut réciter couramment un certain nombre de lignes, reconnaître ou écrire les caractères qui s'y trouvent (1).

Il est probable que cette apparence d'enseignement, donné dans cette apparence d'école, ne s'adresse guère qu'aux jeunes gens désireux d'être attachés à la cour. La situation qu'y occupent les médecins ne paraît pas très relevée, surtout pour les grades inférieurs. Mais leur titre officiel doit leur être utile pour la clientèle privée.

Le seul moyen d'étude consiste en réalité à s'attacher à un médecin pratiquant et à s'instruire de ses conseils et de ses exemples, soin qu'ont pris vraisemblablement un bien petit nombre des guérisseurs qui fourmillent dans les villes.

(1) DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, t. XVI.

La quantité d'alcool injectée varie avec les dimensions de l'abcès; il faut cependant que cette quantité soit suffisante pour que le lavage porte sur toute la surface interne de la cavité. L'abcès essuyé, nettoyé, est recouvert d'un pansement à l'eau-de-vie camphrée.

Le lendemain, on trouve que l'abcès a sécrété abondamment nn liquide de coloration foncée (jns de pruneaux), ou roussâtre et de consistance un peu supérieure à celle du pus phlegmoneux.

Les jours suivants, cette sécrétion est de moins en moins abondante et l'on remarqne qu'à mesure que la quantité du liquide sécrété diminue, sa densité devient aussi plus faible et sa coloration plus claire. Il finit par faire place à un liquide séreux, transparent, analogue à la lymphe.

Lorsqu'en pressant sur l'abcès on n'obtient plus que cette sécrétion sérense, qui est minime, l'abcès est bien près de guérir; la cavité n'existe plus, les parois paraissent adhérentes, recollées, et il ne reste plus que la plaie d'incision qui demande encore un ou deux jours pour se fermer.

La zone d'induration périphérique qui entoure la partie fluctuante de l'abcès commence à diminner dès le surlendemain de l'intervention et il en est de même de l'œdème de la peau qni recouvre la collection purulente. La rongeur tend à disparaître à partir du quatrième jour et à se localiser autour de la plaie d'incision; la peau, de rouge qu'elle était, prend une teinte rosée, d'un rose plus vif autour de la plaie, et souvent elle présente un aspect vernissé dû à la production d'un nouvel épiderme après la chute de l'ancien.

L'abcès guéri, il reste à sa place un pen d'induration des tissus sous-cutanés, sans que pour cela la cicatrice soit déprimée ou tiraillée.

Cette méthode présente-t-elle qnelque avantage? Elle permet de n'inciser les téguments que sur une petite étendue; cette incision étroite expose peut-être moins aux complications ordinaires des plaies et laisse une cicatrice à peine apparente; chez la femme surtout, cet avantage peut entrer en ligne de compte. Mais ce qui fait la supériorité de la méthode, c'est qu'elle abrége considérablement la durée des abcès.

Il est hien évident qu'on ne saurait fixer le nombre de jours que mettent à évoluer les abcès traités de la sorte, la durée étant subordonnée au volume. Mais, toutes choses égales d'ailleurs, on peut dire que la durée d'un abcès ponctionné et lavé à l'alcool est de beaucoup inférieure à celle d'un abcès traité par les méthodes ordinaires. Dans les abcès de petit et de moyen volume, nous avons vu la guérison survenir le 2e, le 4e, le 5e et le 6e jour. Témoins les observations suivantes, très résumées :

Obs. I. — Cur. (Antoine), 19 ans, journalier, entré le 12 avril 1881 salle Sainte-Vierge, n° 12 *bis*, dans le service de M. le professeur Gosselin.

Il est atteint d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire gauche datant de huit jours. Le 16 avril, ponction et issne d'une petite quantité de pus; injection alcoolique. Guéri le 18 avril, sort le 25.

Obs. II. — Beaup. (François), 25 ans, tailleur de pierres, entré le 6 mars salle Sainte-Vierge, n° 1. Abcès chaud adéno-phlegmoneux de la nuque, récidivé après un traitement insuffisant. Début, trois semaines et dix jours pour la récidive. Le 7 mars 1881, incision de 1 cent. et injection alcoolique. Guéri le 9 mars en une seule injection. Sort le 14 mars.

Obs. III. — Ern. (Aug.), 59 ans, journalier, entré le 2 avril 1881 salle Sainte-Vierge, n° 38.

Léger érythème et petit abcès (gros comme une noix) de la jambe gauche. Le 11 avril, ponctioo et évacuation de l'abcès suivie d'une iojection alcoolique. Guéri le 16 avril. Sort guéri le 19 avril.

Obs. IV. — Ro. (Aug.), 19 ans, garçon de laboratoire, entre le 4 décembre 1881 salle Sainte-Vierge, n° 19.

Abcès phlegmooeux ioterdigital, de dimensions moyennes, de l'émineoce thénar, datant de cinq jours.

Le 5 décembre, incision et injection alcoolique. Le 9 décembre, guérison complète.

Obs. V. — Rar. (Sylvain), 37 ans, maçon, entré le 8 juin salle Sainte-Vierge, n° 33.

Abcès au dos du pied gauche, consécutif à une lymphangite, large de 5 cent. sur 7 de long. Le 14 juin, incision et lavage à l'alcool. Guéri le 18 juin.

Obs. VI. — Maign. (Ismaël), 39 ans, boulanger, entré le 13 mars 1881 salle Sainte-Vierge, n° 4.

Petit abcès situé sous un cor au petit orteil gauche avec érythème et angioleucite circonvoisins.

Pooction et évacuation du pus. Iojection alcoolique le 14 mars. Guéri le 18 mars. Sort le 21 mars.

Obs. VII. — Bertr. (L.), âgé de 36 ans, entre le 21 mars salle Saiote-Vierge, n° 30.

Plaie transversale de la face palmaire du poignet avec hémorrhagie, datant de la veille.

Le 13 avril, petite incision d'un abcès phlegmoneux assez étendu du bras suivi d'uo lavage alcoolique. Le 18, abcès guéri.

Les ouvrages relatifs à la médecine ne maoquent pas. On y trouve quelques études de matière médicale qui ne sont pas dénuées d'intérêt; peut-être quelques témoignages d'uoe observation empirique iotelligente et atteotive. Mais ce qui domine, c'est un monotone et iofime ramassis de puérilités et de divagations. Les ouvrages d'anatomie avec planches ne fent pas défaut : mais on ne saurait imaginer l'iocroyable fantaisie qui y règne, au sujet de la forme, des rapports et des fooctions des organes.

Voici du reste ce que dit, à ce sujet, le docteur Morache, qui a étudié avec un soio extrême tout ce qui se rattache à la médecine et à l'hygiène chinoises : « Comme tous les classiques chinois, les ouvrages des médecins ne brillent ni par la coocision ni par la clarté; néanmoins, au milieu d'un verbiage un peu prêteotieux, on parvient à y remarquer un réel mérite d'observation. Si les descriptioos anatomiques absentes ou erronées ne permetteot pas de reconnaître facilement à quelle espèce nosologique de notre cadre se rapporte toujours la maladie que l'auteur veut décrire, souvent on y arrive cependant par l'exposé des symptômes, faits matériels que l'auteur a pu décrire avec exactitude, parce qu'il a rapporté ce qu'il a vu; mais dès que, quittant le domaine de l'exposition, il vent entrer dans celui des origines, des causes de la maladie, le lecteur européen, au bout d'un instant, étourdi par cette pathologie générale, mélangée de métaphysique, commence à ne plus rien comprendre et renooce bientôt à le teoter. Du reste, les médecins chinois eux-mêmes avouent l'obscurité de ces textes et, consultés sur leur sens, coofessent que ce sont là des doctrines des anciens âges, que nous n'avons plus l'intelligence nécessaire pour bien apprécier. »

Selon les Chinois, deux grandes forces existent à l'état latent dans l'organisme humain, et, par leur concours, entretiennent la vie : ce sont le *yang*, principe chaud et sec, et le *yin*, principe humide et froid.

De sorte que toute leur pathologie, comme aussi leur pratique, est basée sur la dualité du *chaud* et du *froid*. Il ne faudrait pas se moquer d'une telle pathogénie : il n'y a pas encore bien longtemps que nos théories médicales pouvaient se résumer dans des termes assez aoalogues. Mais il faut reconnaître qu'ils en font d'assez singulières applications.

Lors de mon séjour à Shanghaï, l'enfant, âgé de quelques semaines, d'un Chinois, jardinier, je crois, dans une maison anglaise,

OBS. VIII. — X..., 29 ans, employé de commerce, vient consulter, le 1er août 1881, salle Sainte-Vierge.

Adéno-phlegmon sous-maxillaire gauche consécutif à une carie dentaire, du volume d'une grosse noix. Incision et injection d'alcool le 1er août. Guéri le 5 août. Guérison confirmée le 8.

OBS. IX. — Weith. (Jos.), 12 ans, vient consulter, le 1er février, salle Sainte-Vierge.

Abcès à l'anus, gros comme un œuf de pigeon, survenu à la suite d'un coup de pied dans la fesse. Incision et lavage alcoolique le 1er février 1881. Guéri le 4 février, à part la plaie d'incision qui n'est pas encore complètement fermée. Le 6 février, guérison complète.

OBS. X. — Claes. (Henri), 31 ans, marinier, entré le 16 mai 1881 salle Sainte-Vierge, n° 37.

Petite plaie contuse de la jambe droite bientôt suppurée avec foyer purulent assez considérable et érythème. Injection alcoolique le 17 mai. Sort complètement guéri le 23 mai.

OBS. XI. — Puich. (Jules), 23 ans, serrurier, entré le 24 octobre 1881 salle Sainte-Vierge, n° 16.

Le 20 novembre, ouverture d'un abcès ganglionnaire du cou consécutif à un érysipèle et à la syphilis; et injection alcoolique le lendemain. Issue d'une cuillerée à bouche de pus. Fini le 26. Sort le 30 novembre avec un peu d'induration.

Nous pourrions encore multiplier ces exemples. Qu'il nous suffise de dire que, sur cinquante-cinq cas dont nous avons recueilli l'observation, nous en avons vu guérir deux le 2e jour, cinq le 4e, cinq le 5e, deux le 6e, cinq le 7e, cinq le 8e, quatre le 9e, trois le 10e, etc., et que parmi ces derniers nous comptons les observations suivantes :

OBS. XII. — Meun. (Jeanne), vingt ans, entrée le 20 janvier 1881 salle Sainte-Catherine, n° 4.

Abcès profond et volumineux postpuerpéral de la mamelle gauche. Chloro-anémie.

Ouverture et injection alcoolique le 21 janvier.

Guérie le 30 janvier. Sort le 11 février avec résolution de l'induration persistant après l'abcès.

OBS. XIII. — Bin., quarante ans, ébéniste, entré le 25 janvier salle Sainte-Vierge, n° 39.

Adéno-phlegmon de l'aisselle droite remontant un peu derrière le grand pectoral. Début, seize jours.

27 janvier. Incision, injection alcoolique.

4 février. Fini. — Sort le 7 février guéri. Revient le 14 février. — Guérison persistante avec un petit engorgement indolent.

OBS. XIV. — Carp. (Sophie), trente-quatre ans, couturière, entrée le 22 septembre 1881 salle Sainte-Catherine, n° 23.

Vaste abcès au-devant du tibia descendant jusqu'au tiers inférieur de la jambe et dépassant en dedans de deux travers de doigt la face antérieure de l'os.

Le 24 septembre, petite incision suivie d'injection alcoolique. Compression.

Sort le 4 octobre.

(A suivre.)

NEUROLOGIE

NOTE SUR LES RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE L'HYSTÉRIE, par le docteur É. RÉGIS, chef de clinique des maladies mentales.

1° COEXISTENCE POSSIBLE, MÊME CHEZ L'HOMME, DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE L'HYSTÉRIE. — 2° INFLUENCE DE L'HYSTÉRIE SUR LA FORME, LA MARCHE ET LA DURÉE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Suite. — Voir les numéros 2 et 3.

Envisagée comme cas de paralysie générale, l'observation précédente offre plusieurs particularités, exceptionnelles dans la maladie. Les principales de ces particularités sont les suivantes :

1° Au point de vue *symptomatique*, l'existence : *a*) *d'un tremblement nerveux*, intermittent et convulsif, qui à certains moments venait s'ajouter au tremblement paralytique et augmentait ainsi d'une façon notable l'embarras de la prononciation; *b*) *d'attaques hystériques*, survenues à des intervalles variables et groupées en forme d'accès; *c*) *d'un délire étrange*, coloré, changeant, qui accompagnait ou suivait immédiatement les attaques; *d*) *de phénomènes d'extase*; *e*) *d'hallucinations*, *surtout visuelles* imagées, passagères et variables à l'infini; *f*) enfin la substitution, au caractère habituellement expansif ou indifférent des paralytiques, du *caractère fantasque et bizarre des névropathes*;

2° Au point de vue de *la marche*, *l'allure rémittente*, *capricieuse*, *mouvementée* de la maladie, si différente de l'évolution graduellement progressive de la paralysie générale, et qui s'est traduite par la succession tantôt régulière, tantôt désordonnée, de périodes d'agitation, de calme et de dépression;

3° Au point de vue de *la durée*, *l'arrêt du processus mor-*

---

fut pris de fièvre. C'est naturellement un médecin indigène qui fut appelé. Celui-ci, jugeant que la maladie provenait du *chaud*, ne trouva rien de mieux que de faire suspendre le berceau sous une porte, en plein courant d'air. Et, pour compléter le tableau, pendant que le pauvre petit se mourait, le père, s'étant emparé du sabre de son maître qui appartenait à un corps de volontaires, fut trouvé s'escrimant, dans une salle basse, contre l'âme d'un chien de la maison, mort quelques jours auparavant, et qu'il accusait de la mort de son enfant.

Cependant il existe aussi quelques médecins p'us dignes de ce nom que la population de guérisseurs qui le profane. L'esprit des Chinois est patient et observateur, et les hommes intelligents et consciencieux qui se sont adonnés chez eux à l'art de guérir ont pu acquérir une part d'expérience et de tact qui n'est pas absolument à dédaigner. Malheureusement ces qualités sont stérilisées par l'ignorance profonde à laquelle se trouvent condamnés les meilleurs d'entre eux; et ceux même qui vivent côte à côte avec des médecins européens n'ont pas encore daigné s'informer de ce qu'ils pourraient trouver à apprendre auprès d'eux.

J'ai connu à Canton un médecin chinois, le docteur Wong, qui a fait de véritables études en Angleterre où il a pris ses grades. Les *Customs reports* ont publié plusieurs fois des notices et des observations rédigées par lui; peut-être aurons-nous à le retrouver dans de futures communications; c'est le seul exemple de ce genre qui soit venu à ma connaissance.

La médecine deviendra sans doute bientôt un des objectifs de la migration chinoise qui commence à s'opérer dans nos contrées. Mais, avant que les docteurs indigènes de nos Facultés aient changé quelque chose aux habitudes médicales de l'empire du Milieu, il se passera du temps. Pour que l'enseignement de la médecine prenne une place régulière dans ses institutions, il faudra une révolution, et les révolutions ne sont pas familières à ces contrées.

Dr DURAND FARDEL.

(A suivre.)

bide, si complet et si prolongé qu'au bout de deux ans, c'est-à-dire après un temps plus considérable qu'il n'eût fallu pour emporter un paralytique ordinaire ou le plonger tout au moins dans la démence la plus profonde, le malade fait preuve d'une conservation presque absolue de l'intelligence et en particulier de la mémoire, et que sa mort, survenue d'une façon tout accidentelle, ne laisse constater que *les lésions de la paralysie générale au début* : — ce qui permet de supposer que, sans l'intervention si inopinée de l'affection intercurrente, elle se fût prolongée encore, pendant peut-être plusieurs années.

A quoi tiennent ces phénomènes exceptionnels ? Quelle est la raison des particularités remarquables que présente cette observation ?

C'est là, sans contredit, un problème des plus intéressants et que je vais maintenant essayer de résoudre, en m'appuyant sur les données nouvelles que nous fournit *l'étude de la nature même* de la paralysie générale et *celle de ses rapports avec les vésanies*.

Lorsqu'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les diverses opinions émises par les auteurs au sujet de la paralysie générale depuis sa découverte jusqu'à l'époque actuelle, on ne tarde pas à s'apercevoir que dans leur enchaînement successif se traduit une tendance de plus en plus accusée vers la séparation de cette affection et de la folie proprement dite, c'est-à-dire des vésanies.

D'abord regardée comme une complication plus ou moins tardive de l'aliénation mentale, comme une *paralysie considérée chez les aliénés*, la paralysie générale devient bientôt *une forme de folie spéciale, la folie paralytique*. C'est là sa première étape, le premier stade de son évolution.

Bientôt on démontre que la paralysie générale peut exister non pas sans trouble de l'intelligence — puisque l'affaiblissement progressif des facultés constitue un de ses caractères essentiels — mais, ce qui est bien différent, sans délire proprement dit, et les cas de cette espèce sont étudiés et réunis bientôt sous le nom de *démence paralytique*, de *paralysie générale sans aliénation*, etc., par Requin, Sandras, Baillarger, Lunier. Le deuxième pas est franchi : *la folie n'est plus un symptôme absolument nécessaire dans la paralysie générale*.

Plus tard, M. Baillarger émet cette idée nouvelle que la folie n'est pas même un *symptôme de la paralysie générale*, qu'elle n'en est qu'une *complication* : idée magistrale, qui lui permet d'expliquer non seulement les cas où la maladie ne s'accompagne pas de délire, mais aussi les rémissions qu'elle présente, et qui ne sont plus pour lui que la guérison d'un accès de manie ou de mélancolie, élément surajouté ; — le fond symptomatique de l'affection, signes physiques et affaiblissement des facultés, persistant toujours à un degré quelconque. Cette fois, la séparation de la paralysie générale et de la folie commence à s'établir nettement.

Mais l'étude approfondie de l'hérédité dans la maladie va rendre plus complète encore cette séparation. Jusqu'à ces dernières années, en effet, l'hérédité de la paralysie générale était restée confondue avec celle des vésanies, et ces deux sortes d'affections soi-disant congénères étaient censées pouvoir s'engendrer réciproquement en passant des ascendants aux descendants. M. Lunier et surtout M. Doutrebente établissent qu'il existe pour la paralysie générale une hérédité toute spéciale, bien différente de celle des vésanies, et ils la désignent sous le nom d'*hérédité des tendances congestives*. En même temps, M. Doutrebente, le premier, émet cette affirmation absolue que la paralysie générale n'a jamais sa source dans la folie des ascendants, et que lorsqu'exceptionnellement on l'observe chez un individu en puissance d'hérédité vésanique, il faut voir là une simple coïncidence et non pas un rapport de cause à effet. Il fait remarquer, en outre, que, dans ce cas, la maladie affecte une forme chronique, rémittente, et qu'elle peut se prolonger pendant un temps quelquefois très long.

Cette idée est reprise en 1878 par M. Lionnet qui, dans sa thèse sur *les Variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie*, s'attache surtout à décrire en détail les caractères particuliers qu'affecte la paralysie générale lorsqu'elle se développe chez les vésaniques. Toutefois, entre l'idée de M. Doutrebente et celle de M. Lionnet, il existe une différence capitale qu'il importe de signaler ici, avec d'autant plus de raison qu'elle n'a pas été bien saisie par M. Lionnet lui-même.

M. Lionnet admet que la paralysie générale, maladie le plus souvent d'origine individuelle, peut être cependant héréditaire, et cela de deux façons différentes. Ou bien elle est le fruit d'une *hérédité congestive, cérébrale*, et alors la paralysie générale ainsi produite, qui constitue la forme dite congestive, se fait remarquer par sa tendance aux congestions; ou bien elle est due à *l'hérédité vésanique*, et, dans ce cas, prenant e nom de *paralysie d'origine vésanique*, elle se caractérise surtout par ses symptômes de délire, ses rémissions, sa durée, son caractère circulaire, etc. M. Lionnet reconnaît donc que, dans certains cas, la folie des ascendants peut engendrer la paralysie générale chez les descendants, et, sur ce point, il se trouve en désaccord absolu avec M. Doutrebente.

Pour M. Doutrebente, en effet, jamais dans aucun cas la folie n'est susceptible d'engendrer la paralysie générale par hérédité. Un individu, issu de parents vésaniques, peut exceptionnellement, il est vrai, être atteint de paralysie générale; mais cette paralysie générale, il ne la doit pas à l'hérédité, à la vésanie de ses ascendants : elle lui est toute personnelle, et c'est pure coïncidence si elle s'est développée chez un fils d'aliénés. Si dans ce cas la maladie cérébrale affecte une forme, une marche et une durée particulières, ce n'est donc point — comme le croit M. Lionnet — parce qu'elle est *due elle-même à l'hérédité vésanique*, mais bien parce qu'elle s'est développée, *maladie individuelle, chez un sujet vésanique*.

On le voit, la différence entre les deux auteurs est au fond radicale. M. Lionnet, admettant que la folie peut engendrer la paralysie générale par hérédité, reconnaît par conséquent entre ces deux affections l'existence d'une affinité quelconque, des liens étroits de parenté; M. Doutrebente, au contraire, refusant à la folie toute influence héréditaire sur la production de la paralysie générale, confirme et accentue davantage encore ce courant progressif dont j'ai parlé plus haut et qui mène droit à la séparation complète de la paralysie générale et des vésanies.

(*A suivre.*)

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

SUR LA SYMPHYSÉOTOMIE (1)

Je veux vous parler d'une opération aujourd'hui presque

(1) Note qui devait être lue par le professeur Morisani (de Naples), au Congrès de Londres.

partout bannie de la pratique obstétricale, la division de la symphyse pubienne, la symphyséotomie.

Je vous présente cinquante observations de cette opération pratiquée à Naples sur 48 femmes (deux femmes ont été opérées deux fois).

Voici les résultats de ces opérations :

40 femmes vivantes	10 morts
41 enfants vivants	9 morts.

Il faut noter que plusieurs fois l'opération fut pratiquée plusieurs heures après le début du travail ; que dans un grand nombre de cas le fœtus avait été soumis à diverses manœuvres et opérations avant que la section pubienne eût été décidée.

Les présentations étaient les suivantes :

Tête.	45 fois. . . .	4 morts
Pelvis.	3 —	3 —
Tronc	2 —	2 —
Total	50	

Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur :

81 mill. . .	12 bassins
74 — . .	16 —
69 — . .	7
67 — . .	13 —
61 — . .	2 —
Total.	50

Il est bon de remarquer qu'à 81 mm. on accorda à l'expectation un temps suffisant et que souvent on tenta une application de forceps avant de recourir à la division de la symphyse. Dans un cas, on tenta l'extraction du fœtus avec l'appareil de Chassagny.

La limite inférieure de l'opération est 67mm.; deux fois cependant elle fut faite pour un diamètre de 61mm., mais c'est là une exception. C'est pour avoir dépassé cette limite inférieure qu'on a obtenu de mauvais résultats.

Je ferai maintenant brièvement la comparaison de la symphyséotomie avec les autres opérations qui peuvent être indiquées dans les limites assignées d'angustie pelvienne.

Je ne dois pas comparer la symphyséotomie avec l'accouchement prématuré artificiel. L'accoucheur qui donne des soins à une femme pendant sa grossesse a le devoir, si le bassin est rétréci dans les limites indiquées, de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Attendre le terme de la gestation pour opérer la section pubienne serait une triste chirurgie et une mauvaise action.

La seule opération comparable à la division de la symphyse est l'embryotomie. Consultons donc les chiffres.

Je prendrai pour termes de comparaison les statistiques des embryotomies publiées récemment en Italie par mes amis les professeurs Chiara (de Milan) et Tibone (de Turin).

Suivant Tibone, en pratiquant le mieux l'embryotomie, on perd 21 femmes sur 100.

Chiara a eu 20 morts sur 100 opérées.

Avec la symphyséotomie, nous avons eu 10 morts sur 50 opérées ou 20 pour 100. Mais il faut noter qu'avec la première opération tous les enfants sont sacrifiés, tandis qu'avec la deuxième nous avons 41 enfants vivants. Je vous laisse juger à quelle opération on doit donner la préférence.

Quant à l'opération césarienne, je ne dois pas la comparer à la symphyséotomie. Les indications de cette dernière opération finissent là où commencent celles de l'autre, c'est-à-dire à 67 millimètres.

Reste encore l'opération de Porro. On peut affirmer que cette opération a produit une sorte de révolution dans l'obstétrique : nous avons vu des praticiens éminents, partisans convaincus de l'embryotomie, pratiquer dans ces derniers temps l'amputation utéro-ovarique avec de bons résultats. Pour moi, je pense que l'opération de Porro doit être préférée à la taille césarienne, mais seulement dans le cas où cette dernière est indiquée.

On peut cependant faire la comparaison de l'opération de Porro avec la symphyséotomie :

OPÉRATION DE PORRO

Femmes opérées.		76
Guéries.	14	
Mortes.	42	
Enfants : vivants..... 62.	Morts.....	13

(1 dont le sort est ignoré.)

Il faudrait ajouter un autre enfant par suite d'un cas de grossesse gémellaire qui donna deux enfants morts.

Ainsi, sur 152 individus (femmes et enfants), il y eut 96 vivants et 56 morts.

Avec la symphyséotomie, sur 100, 81 vivants et 19 morts.

On le voit, la symphyséotomie donne d'assez bons résultats pour ne pas être délaissée.

J'ajouterai un mot sur le manuel opératoire. Je me sers d'un petit instrument, *faux de Galbiati*, qui n'est autre qu'un bistouri boutonné, courbe sur le tranchant, assez solide et à manche fixe. Une incision de 3 centimètres est pratiquée à 1 centimètre environ au-dessus de la symphyse, et, couche par couche, on arrive jusque sur l'articulation. La petite faux est glissée sur la face postérieure de la symphyse, et, arrivée au bord inférieur, on retourne l'instrument de façon à appliquer sa concavité tranchante sur le cartilage interpubien que l'on sectionne de bas en haut. La section faite, on attend l'expulsion spontanée de l'enfant si les contractions de l'utérus sont assez énergiques ; si elles sont faibles, que la tête tarde à descendre dans l'excavation, on applique le forceps.

Pour obtenir la réunion médiate, on cherche à immobiliser le bassin à l'aide d'un appareil approprié, qu'après les premiers jours on rend plus solide avec le plâtre ou le silicate de potasse.

Conclusion :

1o La symphyséotomie est une opération qui doit rester dans la pratique obstétricale ;

2o Les résultats fâcheux enregistrés doivent être imputés soit à une intervention trop tardive ou succédant à d'autres opérations plus ou moins graves, soit à ce fait que cette opération a été tentée au-dessous des limites où elle est indiquée.

(ANNALI DI OST. E GIN. PEDI, oct. 1881.)

MARIUS REY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Toxicologie et matière médicale

De l'antagonisme de l'atropine et de la morphine, par le docteur Foro

L'auteur rapporte un cas d'empoisonnement par la morphine traité par l'atropine. Il s'agissait d'une dame qui, à la suite de chagrins et de troubles nerveux consécutifs à une déviation utérine, avait contracté l'habitude d'user et d'abuser de la morphine. D'après l'observation, elle en prit un jour un grain, le lendemain un autre grain, le surlendemain matin un demi-grain, et enfin deux grains dans l'après-midi du même jour. Appelé auprès d'elle vers neuf heures du soir, M. Ford la trouva sans connaissance, avec les extrémités froides, le pouls lent, la respiration irrégulière et très lente (10 à 12 respirations par minute). Les pupilles n'étaient pas très contractées.

L'administration d'une forte dose d'infusion de café et de teinture de valériane étant restée sans résultat, M. Ford pratiqua une injection sous-cutanée de 68 milligrammes d'atropine avec une solution à 1/120. Se fondant sur ce que la patiente avait pris une dose de morphine environ seize fois supérieure à la dose ordinaire, l'auteur se croyait autorisé à donner l'antidote dans la même proportion. Quoi qu'il en soit, le succès paraît avoir justifié sa hardiesse. Au bout de dix minutes à un quart d'heure, le pouls s'était relevé jusqu'à 100 pulsations par minute; les respirations étaient au nombre de 24 : au bout de vingt minutes, la sensibilité commençait à renaître. A partir de ce moment, la situation ne fit que s'améliorer, et la malade se réveilla vers deux heures du matin. Le lendemain, elle était tout à fait rétablie, ne conservant qu'un peu de prostration et d'engourdissement général. (St-Louis med. Journal. Juin 1881.)

Des propriétés toxiques de la morphine, par Hudson.

L'auteur insiste sur ce fait, d'ailleurs déjà connu, que les doses de morphine capables de produire la mort varient considérablement suivant les individus. Il cite l'exemple d'une dame, la femme d'un médecin de Californie, laquelle, atteinte d'un cancer du sein, voyait ses douleurs se calmer sous l'influence de 3 milligrammes de morphine. Lorsque, par hasard, elle dépassait cette dose, elle éprouvait immédiatement des effets toxiques. D'autre part, il a vu deux malades se rétablir après avoir absorbé des doses énormes de ce poison (75 grains). Les exemples de ce genre abondent du reste dans la science. (Philad. med. and surg. Reporter. Mai 1881.)

Sur un cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par Mac-Donald.

Il s'agit d'un homme qui avait avalé d'une seule gorgée environ une once et demie d'acide chlorhydrique. Le mouvement de déglutition avait été si rapide que le liquide n'avait pas eu le temps d'attaquer la muqueuse de la bouche et de la gorge. Avant l'arrivée du médecin, le patient s'était administré lui-même une cuillerée et demie à café de bicarbonate de soude et une bouteille d'eau de seltz. M. Mac-Donald lui fit prendre sur-le-champ une tasse d'une solution de carbonate de soude qui fut bientôt rejetée avec des matières offrant l'apparence du marc de café. Le malade fut entouré de boules d'eau chaude et soumis au régime lacté exclusif. La température ne tarda pas à s'élever, et le pouls atteignit 108 pulsations par minute. L'épithélium de la langue devint dur et prit un véritable aspect ichthyotique. Il se détacha le dixième jour. Il existait une douleur marquée au niveau du cardia et du pylore, et une sensibilité générale de l'abdomen. On administra l'opium à l'intérieur, et des compresses térébenthinées furent appliquées sur le ventre. Il survint un peu de diarrhée, mais la convalescence s'établit régulièrement et ne fut entravée que par une légère bronchite qui céda d'ailleurs en peu de temps.

Ce fait démontre la lenteur de l'action corrosive de l'acide chlorhydrique; l'absence totale de lésions du côté de la muqueuse buccale aurait rendu le diagnostic très embarrassant, si l'on n'avait été aidé par les commémoratifs. Il faut noter aussi la diarrhée d'irritation, et le peu d'intensité des phénomènes gastriques et œsophagiens. (Edinburgh med. Journal. Juin 1881.)

De l'action de la pilocarpine sur les cheveux, par Prentiss.

Une femme de vingt-cinq ans était atteinte de pyélo-néphrite compliquée d'anurie. On lui fit des injections hypodermiques de pilocarpine. Douze jours après le commencement de ce traitement, les cheveux blond clair de la malade commençaient à prendre une teinte plus foncée, qui augmenta rapidement. Le vingt-sixième jour, ils étaient devenus brun foncé, et quatre mois plus tard, ils étaient d'un noir de charbon, bien que la pilocarpine ait été suspendue à la fin de la septième semaine. Le microscope ne décelait aucun changement dans la structure des cheveux; ils étaient seulement devenus plus épais et renfermaient du pigment. Sur d'autres points du corps, les poils étaient aussi devenus plus foncés, mais à un degré bien moindre que sur la tête. On peut rapprocher de cette observation celle de M. André, relative à une femme de trente-trois ans. Cette femme était atteinte d'une alopécie totale. Le cuir chevelu, les sourcils, les paupières, les aisselles et le pubis étaient absolument glabres. Après avoir essayé en vain différents remèdes, elle eut recours aux injections sous-cutanées de pilocarpine. Au bout de trois semaines, les poils commençaient à repousser; au bout de deux mois et demi, les cheveux avaient atteint 2 centimètres de longueur, et les poils réapparaissaient sur tous les autres points du corps. (Philadelphia med. Times. Août 1881.)

Gaston Decaisne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. Le Roy de Méricourt offre en hommage, au nom de M. le docteur Nicolas, médecin de 1re classe de la marine, en retraite, un ouvrage intitulé : *l'Attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression*.

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Charles Desmaze, conseiller à la cour d'appel de Paris, deux volumes intitulés, l'un : *le Crime et la Débauche à Paris, le Divorce*; l'autre, *Histoire de la médecine légale en France*, d'après les lois, registres et arrêts criminels.

M. Dujardin-Beaumetz présente un livre intitulé : *Phthisie et*

tuberculose; pathogénie et traitement, par M. le docteur J. Vindevogel (de Bruxelles).

M. Hervieux présente, au nom de M. le docteur Heulard (d'Arcy), un travail manuscrit intitulé : *Vaccinations, revaccinations, vaccinateurs*

— M. Jules Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en exploitation de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées après quelques observations de M. Chatin.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la quatrième division.

La commission présente : en première ligne, M. Schlagdenhauffen (de Nancy); — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Boudier (de Montmorency) et Garrau (de Lille).

Le nombre des votants étant de 63, majorité 32, M. Schlagdenhauffen obtient 54 suffrages, M. Boudier 9.

En conséquence, M. Schlagdenheuffen, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la quatrième division.

— M. Tillaux demande à présenter quelques considérations sur un fait intéressant qui s'est passé à l'hôpital de la Charité.

Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans qui, le 15 novembre 1879, entra dans le service de M. Desnos à l'hôpital de la Charité.

Depuis quelques mois cette femme présentait les phénomènes suivants : aussitôt que sa tête était abandonnée à elle-même, cette partie était entraînée vers l'épaule droite et le menton se déviait à gauche, dans l'attitude du torticolis. Cet entraînement était accompagné d'une douleur extrêmement vive dans les articulations vertébrales supérieures.

M. Vulpian, puis M. Laboulbène, appelés par M. Desnos auprès de la malade, la soumirent inutilement, le premier à l'action des courants continus, et le second à celle des aimants.

La métallothérapie faite pendant deux mois, l'iodure de potassium, le bromure de potassium, ne produisirent pas de meilleurs résultats et, au bout de quatre mois de séjour à l'hôpital, la malade était encore plus souffrante qu'à l'époque de son entrée.

Elle passa alors dans le service de M. Tillaux. Ce chirurgien, ayant fait la remarque qu'au moment où l'entraînement de la tête s'opérait, la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien se faisait aux dépens du faisceau sternal, pratiqua, le 8 juin 1880, la résection de ce faisceau. Cette opération ne modifia en rien l'état de la malade, qui resta pendant dix-huit mois dans le service de M. Tillaux, et fut tenue en observation pendant ce long espace de temps.

Au mois de décembre dernier, la malade souffrant de plus en plus, et réclamant à grands cris du soulagement, M. Tillaux, soupçonnant que le nerf spinal, ou plutôt sa branche externe, qui se distribue au sterno-mastoïdien et au trapèze, était la cause des accidents proposa de faire la résection de ce nerf.

La branche externe du spinal, comme le savent tous les anatomistes, se dégage de la glande parotidienne, au niveau de l'angle de la mâchoire, passe en arrière du muscle sterno-mastoïdien dont elle longe le bord postérieur, s'engage sous ce bord, s'accole à la face postérieure du muscle dans l'épaisseur duquel il se distribue en partie, puis, traversant le triangle sus-claviculaire, va s'épuiser dans le muscle trapèze. M. Tillaux, craignant d'aborder le nerf par le bord interne du sterno-mastoïdien, à cause des ganglions et de la veine jugulaire externe qui occupent cette région difficile, résolut de pratiquer l'opération en abordant le nerf par le bord postérieur du sterno-mastoïdien.

Choisissant pour point de repaire l'angle de la mâchoire, point où le nerf sort de la glande parotide, et le bord supérieur du cartilage thyroïde, point où le nerf pénètre dans le muscle sterno-mastoïdien, il traça sur sa malade deux lignes horizontales passant par ces deux points, et la malade ayant été endormie par le chloroforme, il pratique entre ces deux lignes une incision qui divisa la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres du muscle peaucier.

Ayant découvert le muscle sterno-mastoïdien, il en souleva le bord, et mit le nerf spinal à découvert. A ce moment, l'idée de pratiquer l'élongation du nerf traversa l'esprit de M. Tillaux, mais il craignit de faire des tractions trop violentes sur le bulbe et de donner lieu à des accidents graves. Après avoir mis le nerf à découvert, il le chargea sur un crochet, et remontant de bas en haut avec ce crochet, il pratiqua la résection du nerf sur un point très élevé : il réséqua environ trois centimètres de sa longueur.

Après l'opération, il fit la réunion immédiate de la plaie, sur laquelle le pansement de Lister fut appliqué. La guérison de la plaie a été rapide, et le résultat, au point de vue de l'affection, a été satisfaisant. La malade déclare que c'est la première fois qu'elle a éprouvé du soulagement. Elle peut maintenant, par la volonté, résister à l'entraînement de la tête, et rester assise sur un fauteuil, la tête appuyée sur le dossier, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant, étant forcée de garder constamment le lit.

M. Tillaux espère que la guérison pourra devenir définitive, se fondant sur les résultats obtenus dans un cas semblable par le docteur Mosetig (de Vienne), sur un curé qui a guéri complètement au bout de quelques mois après l'opération.

M. Tillaux a recherché quels effets la résection de la branche externe du spinal, que Claude Bernard appelait *le nerf de la phonation*, avait produit sur la voix de la malade, et il a constaté que ces effets avaient été absolument négatifs M. Tillaux dit en terminant que la résection du nerf spinal n'avait pes encore été pratiquée en France, mais elle a été faite plusieurs fois à l'étranger.

M. J. Guérin fait observer que si la *résection* du nerf spinal peut être considérée véritablement comme une opération nouvelle, il n'en est pas de même de la *section* qui est une opération ancienne.

Quant à l'affection dont il s'agit et que M. Tillaux avoue ne pas savoir comment désigner, elle est connue depuis quarante ans sous le nom de torticolis *spasmodique*.

A l'origine, on a confondu cette affection avec d'autres torticolis, et en particulier avec le torticolis produit par la rétraction musculaire.

Stromeyer, le premier, puis Amussat, ont fait la section du sterno-mastoïdien pour ces deux ordres de torticolis, sans les distinguer l'un de l'autre. Cette section portait sur les tendons et elle était généralement suivie de la reproduction de la maladie. M. Jules Guérin, le premier, distinguant le torticolis spasmodique du torticolis par rétraction musculaire, a été conduit, d'après cette donnée de la nature nerveuse du premier, à pratiquer la section du muscle vers sa partie moyenne, là où il est pénétré par le nerf spinal. Dans cinq opérations qu'il a pratiquées ainsi, il a obtenu trois guérisons complètes, ce qu'il attribue à ce que, en coupant le muscle à ce niveau, il pratiquait sans le savoir, il est vrai, la section du nerf.

L'opération de M. Tillaux est donc parfaitement indiquée dans l'affection dont il s'agit. Mais M. Jules Guérin pense que l'opération gagnerait à être pratiquée par la méthode sous-cutanée grâce à laquelle on obtiendrait la réunion immédiate sans être obligé de faire le pansement de Lister. De plus, en sectionnant le muscle à sa partie moyenne, on opère par là même la section du nerf spinal, et l'on fait ainsi une opération beaucoup plus simple que celle si délicate à laquelle a eu racours M. Tillaux.

M. Jules Guérin ajoute que le torticolis spasmodique ne se localise pas toujours au muscle sterno-mastoïdien ; le spasme peut s'emparer également du trapèze et des autres muscles de la région postérieure du cou, ainsi que M. Jules Guérin en a observé un exemple sur une jeune fille qui était affectée d'un renversement spasmodique de la tête en arrière, renversement tellement considérable que la malade avait failli plusieurs fois être asphyxiée. Elle

a guéri par la section sous-cutanée de tous les faisceaux musculaires postérieurs que M. Jules Guérin lui a pratiquée.

M. TILLAUX fait observer à M. Jules Guérin que, dans le cas de sa malade, il ne s'agissait pas d'un torticolis spasmodique proprement dit. Le spasme n'existait pas. Le mouvement d'entraînement de la tête n'avait pas cette brusquerie et cette instantanéité qui caractérisent le spasme. C'était un mouvement lent dont le siége ne pouvait même pas être localisé avec précision dans le muscle sterno-mastoïdien. On pourrait croire que le trapèze et même d'autres muscles de la région postérieure du cou participent à ce mouvement.

Aussi l'affection dont il s'agit devrait-elle plutôt recevoir la dénomination de torticolis *fonctionnel* que M. Desnos a proposée.

Quant au procédé opératoire, celui de M. Tillaux diffère complètement de celui que vient d'indiquer M. J. Guérin. Mieux vaut, suivant lui, couper le nerf que de sectionner le muscle dans son entier. En employant le procédé de M. Guérin chez sa malade, M. Tillaux n'aurait pas remédié au spasme du muscle trapèze, si l'on suppose que ce muscle participe à la maladie.

M. PANAS pose à M. Tillaux trois questions : 1° Quelle est la différence des résultats obtenus par les médecins qui ont avant lui pratiqué la résection ou l'élongation du nerf spinal ? 2° Quelle est la différence des procédés employés pour mettre à découvert le muscle ? 3° Si l'élongation n'a jamais été suivie d'accidents ?

M. TILLAUX répond que l'élongation du nerf spinal a été pratiquée déjà par MM. Annandale et Mosetig. Mais le premier de ces chirurgiens n'a fait l'élongation qu'à titre d'essai un peu timide ; il a quelques jours après pratiqué la résection.

Quant à Mosetig (de Vienne), il a pratiqué l'élongation chez un curé atteint de torticolis spasmodique et il a eu le bonheur d'obtenir une guérison qui est devenue complète au bout de quelques mois. Les tractions opérées sur le nerf ont même été très considérables sans occasionner d'accidents.

M. BOULEY pense qu'il eût été utile chez la malade de M. Tillaux, avant d'en venir à une opération, d'essayer les effets de l'emploi d'un lien élastique destiné à empêcher la tête de tourner. Ce traitement lui a complètement réussi sur un cheval qui avait une contracture de l'encolure.

M. TILLAUX répond que tous les traitements, y compris l'emploi d'appareils ou colliers mécaniques, avaient été employés sans résultat.

M. J. GUÉRIN dit que le cas de M. Tillaux doit être considéré comme une variété nouvelle de torticolis spasmodique.

Cette affection ne guérit jamais, suivant lui, par les moyens mécaniques, qui causent le plus souvent une douleur intolérable aux malades. Le seul procédé curatif est l'opération, c'est-à-dire la section du muscle à sa partie moyenne, ou la résection du nerf, comme dans l'opération de M. Tillaux.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les candidats au titre de membre associé libre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 décembre 1881-Présidence de M. LABORDE

M. DUMONTPALLIER, à l'occasion du procès-verbal, expose les résultats qu'il a obtenus par l'union expérimentale de la métalloscopie, de l'hypnotisme et de la force neurique.

Pour établir l'action réelle de l'influx oculaire, l'auteur interpose entre l'expérimentateur et le sujet une large plaque de verre qui devrait intercepter toute action du souffle et de la température ; alors on constate l'action positive du regard sur les muscles pour produire la contracture ou la faire disparaître ; l'influx oculaire traverse la vitre ou se réfléchit sur le miroir pour influencer le muscle qu'on regarde ou le faire entrer en contraction.

Sur la même malade hypnotisée, si on agit avec un soufflet de cuisine, ou si on laisse tomber sur le muscle une goutte d'eau, on voit se produire de la catalepsie, qui disparaît si l'on souffle ou si l'on projette une seconde goutte d'eau.

Nous avons vu que l'application de différents métaux : or, argent, cuivre, zinc, étain, platine, sur l'ombilic, produit une contracture des muscles de l'abdomen ; les mêmes métaux réappliqués quelques instants après font disparaître cette contracture. Le métal défait ce qu'il avait fait.

Mêmes résultats avec l'aimant, les courants faibles, l'eau chaude ou froide, etc. L'ensemble de ces expériences démontre l'excessive excitabilité des centres excito-moteurs chez une hystérique en état hypnotique.

Une dernière expérience : lorsque la malade sort du sommeil hypnotique, elle parle, écrit et reconnaît les objets ; si, à ce moment, on porte le doigt ou le regard vers la troisième circonvolution frontale gauche, aussitôt l'hypnotique perd le langage articulé et écrit. Si on agit une deuxième fois, l'aphasie disparaît.

Si on dirige le doigt sur la frontale ascendante, on voit le bras se soulever ; si on agit vers la région du pli courbe, on produit la cécité des mots.

M. CHARCOT : Sur combien de malades ces expériences ont-elles été répétées ?

M. DUMONTPALLIER : Les phénomènes croisés alternes ont été observés sur une malade ; les autres sur deux malades.

M. CHARCOT : La conclusion est que, dans ces questions si difficiles relatives à l'hypnotisme, deux observations ne suffisent pas pour que des résultats soient affirmés et publiés. Ce sont là des phénomènes singuliers, bizarres, qui sont en dehors des lois physiologiques connues. Pour notre compte, tant que les phénomènes observés n'ont pas été nombreux, nous nous sommes abstenus.

Bien des fois, M. Charcot a été témoin de faits d'apparence bizarre qu'il n'a pu reproduire ensuite dans des conditions bien déterminées ; aussi il n'a eu garde, lui ou ses élèves, d'en parler jamais.

C'est en effet un écueil de rapporter des faits singuliers qui, à un moment donné, le sujet manquant, ne peuvent être vérifiés ou démontrés. Il faut rester, autant que possible, sur le terrain de la physiologie classique et se rapprocher toujours de la manière des physiologistes, et lorsqu'on se trouve en présence de faits qui semblent n'obéir à aucune loi connue, les noter, mais savoir attendre. En somme, la méthode qu'il convient de suivre dans ces études de physiologie et de pathologie médicales peut être, suivant M. Charcot, résumée très simplement : au lieu de se livrer à la poursuite de l'extraordinaire, comme le font ou l'ont fait beaucoup d'observateurs, il vaut mieux, quant à présent, s'attacher à saisir les signes cliniques, diagnostiques, facilement appréciables, des divers états nerveux produits ; se renfermer d'abord dans l'étude des faits les plus simples et les plus grossiers, n'abordant qu'ensuite et avec beaucoup de circonspection les faits les plus complexes ; négliger même complètement, du moins provisoirement, ceux d'une appréciation beaucoup plus difficile, qui pour le moment ne se rattachent par aucun lien saisissable aux faits déjà connus. C'est en grande partie, suivant M. Charcot, parce que ces précautions si simples ont été trop souvent négligées, que les recherches de ce genre, destinées certainement à porter la lumière dans une foule de questions non seulement de l'ordre pathologique, mais encore physiologique et psychologique, autrement presque inaccessibles, n'ont pas jusqu'ici donné tous les fruits qu'on peut en attendre.

M. DUMONTPALLIER : C'est par hasard, en étudiant les aptitudes métalliques, que nous avons constaté ces faits singuliers. Chez notre hystérique hypnotisable, nous avons constaté des faits nouveaux. Quelque étranges que soient ces faits, j'ai cru devoir les communiquer à la Société de Biologie. J'ai rapporté ce que j'ai répété un grand nombre de fois sur la même malade, ce qu'ont répété ceux qui m'ont fait l'honneur de venir dans mon service, et, quoi qu'on dise, je ne tiendrai pas ces faits sous le boisseau. Je ne demande qu'une chose, c'est qu'on les infirme ou qu'on les confirme ; si

chacun de nous faisait ce que j'ai fait, on arriverait promptement au chiffre considérable de faits exigé par M. Charcot.

M. POUCHET : Je voulais, comme M. Charcot, présenter une objection statistique : deux cas ne suffisent pas pour élever une doctrine générale, dix même ne suffiraient pas. Autre objection, celle-ci dynamique : je ne puis accepter qu'une même force produise deux effets opposés, une contracture et un relâchement par exemple. Je crois que les observateurs ne se sont pas suffisamment entourés de précautions pour éloigner la supercherie ; je voudrais que l'expérimentateur fût très loin de la malade, dans une autre maison même, et agit à un moment où la malade ignorerait absolument qu'il agit. Je veux bien croire à une physiologie supérieure qui touche aux phénomènes de l'esprit, mais je veux qu'on ne l'aborde qu'avec des garanties suffisantes. J'exigerais donc plus de précautions expérimentales, tant pour les faits exposés à l'aide de métaux et des autres agents que pour les vérifications à l'aide des aimants et des électro-aimants.

M. CHARCOT : M. Pouchet semble conserver des doutes sur l'action des métaux et des aimants. L'action des métaux (métalloscopie de M. Burq) n'est niée par personne ; c'est une question résolue. Dans les cas d'hémianesthésie, on produit à volonté et le retour de la sensibilité et les phénomènes de transfert sur lesquels nous nous sommes expliqués. Ce sont des faits acquis à la science.

Quant aux phénomènes bizarres, analogues à ceux dont a parlé M. Dumontpallier, nous en avons observé de semblables, mais nous nous sommes abstenus d'en parler, parce que nous n'avons pu les soumettre à une méthode rigoureuse, scientifique.

M. DUMONTPALLIER : Au reproche que nous adresse M. Pouchet de ne pas nous être mis à l'abri de la supercherie, nous répondrons que la malade étant hypnotisée, elle fut couchée sur le ventre, la tête recouverte avec des serviettes, et dans ces conditions j'obtins les mêmes phénomènes qu'auparavant. Je fais grand cas des remarques critiques qui peuvent m'être adressées, je les sollicite même, elles n'auront pour moi qu'un résultat, c'est-à-dire me rendre, si cela est possible, plus sévère encore dans mes procédés d'expérimentation. Mais aujourd'hui j'ai la conviction que les faits que j'ai déterminés et constatés ont été observés avec soin et avec toute l'indépendance d'un esprit scientifique. J'ai vu, bien vu, et je maintiens comme exacts tous les faits que j'ai observés sur les deux malades hystériques de mon service, à l'hôpital de la Pitié.

M. REGNARD : Pour ce qui est de l'influence des aimants, les expériences faites à la Salpêtrière ont été conduites de telle façon que la simulation était impossible. D'ailleurs ces expériences sur les solénoïdes ne trouvent plus guère de contradicteurs tant en France qu'à l'étranger. L'expérimentateur était dans une pièce à côté et faisait manœuvrer son appareil, tandis que le témoin était auprès de la malade, enregistrant les phénomènes qu'il constatait, et prenant sur sa montre le moment exact où ils se produisaient pour les comparer à celui qu'avait également marqué sur la sienne l'expérimentateur.

J'ajouterai que les malades hypnotisées entendent ce qui se dit autour d'elles et qu'il importe de garder le plus grand silence.

M. CHARCOT : Parmi les fragments intéressants de cette vaste question, il en est un qui repose sur une épreuve anatomo-physiologique : le sujet étant hypnotisé, si ses muscles et ses nerfs sont excitables, les premiers doivent se contracter selon les lois physiologiques, à travers la peau et les muscles, et l'on en trouve en effet la preuve en provoquant les griffes cubitale, radiale, et toute la série des faits bien connus qui ont été l'objet de communications à la Société de Biologie.

M. PONCET demande à M. Dumontpallier si l'aphasie se produit sous l'influence du regard.

M. DUMONTPALLIER répond affirmativement.

M. PONCET ne comprend pas cette influence à travers les os, la peau et les muscles. Ce sont là des faits difficiles à comprendre.

M. LABORDE rappelle que le chien pouvant être hémianesthésique, il serait possible d'essayer sur lui les phénomènes de transfert.

M. CHARCOT a la plus grande estime et le plus grand respect pour les expériences tentées sur le chien et sur le singe, mais il veut qu'on ne demande aux chiens que ce qu'ils peuvent donner, et qu'on ne conclue pas immédiatement sans contrôle du cerveau du chien ou même de celui du singe au cerveau de l'homme.

— M. RICHET a trouvé dans l'urine une substance réductrice à froid, du biiodure hydrargyrique. Il propose un moyen de dosage en dissolvant 5 g. 5 de mercure dans un litre : il y aura parallélisme entre la quantité d'urée exacte et cette substance : il y a aussi des différences individuelles.

M. FRANÇOIS-FRANCK : Quel est le nom de cette substance?

M. RICHET : Je ne la connais pas isolée, mais je vous propose le nom d'uraldéhyde.

M. GRIMAUX propose de ne pas la nommer du tout, car il se pourrait que ce fût une substance connue.

DIVISION DES CELLULES EMBRYONNAIRES CHEZ LES VERTÉBRÉS, par M. L.-F. HENNEGUY.

Les nombreux auteurs qui, depuis quelques années, ont étudié la multiplication des cellules par voie de division, ont fait porter principalement leurs recherches sur les œufs des invertébrés et les différents tissus des vertébrés ; on ne possède sur la division des cellules embryonnaires de ces derniers animaux que les observations incomplètes de Œllacher, Hertwig et Ed. van Beneden. C'est pour tâcher de combler cette lacune que j'ai étudié spécialement la multiplication des cellules dans le germe des poissons osseux.

Le germe de l'œuf de la truite, au troisième ou quatrième jour après la fécondation, est formé de quelques centaines de cellules à protoplasma finement granuleux et renfermant un noyau assez volumineux.

Le noyau d'une cellule à l'état de repos contient un réseau composé de petites granulations irrégulières se colorant fortement par le carmin et le vert de méthyle. Bientôt on voit apparaître autour d'un espace clair, dont le noyau occupe le centre, des lignes claires, très fines, dirigées suivant les rayons de la cellule et qui forment un *aster*. Cet aster ne tarde pas à s'allonger et à prendre une forme elliptique ; le noyau s'allonge aussi dans la même direction. L'aster se divise et ses deux moitiés vont former chacune un nouvel aster aux deux extrémités du grand axe du noyau. A ce moment on voit disparaître en ces deux points la membrane du noyau, et les rayons des asters pénétrer dans son intérieur, ainsi que Fol l'a décrit dans la vésicule germinative du *Pterotrachea*. Le réseau du noyau s'est alors fragmenté en plusieurs petits corps ayant une forme arrondie, ou représentant de petits bâtonnets flexueux. Les petits corps viennent se placer aux extrémités des rayons des asters qui ont pénétré dans le noyau et so disposent sur une ou plusieurs rangées pour constituer la *plaque équatoriale* des auteurs. La membrane a complètement disparu et l'on voit alors nettement dans la cellule la figure bien connue du *fuseau* avec l'*amphiaster*.

Les éléments de la plaque équatoriale se séparent en deux rangées de petits bâtonnets qui se dirigent chacune en sens contraire, en suivant le grand axe du fuseau vers chacun des deux asters. Arrivés aux extrémités du fuseau, qui a pris alors la forme d'un rectangle et dont les filaments sont parallèles, les bâtonnets dont le nombre a diminué, mais aussi dont le volume s'est augmenté, se fusionnent entre eux en commençant par leur extrémité périphérique et constituent une *figure pectiniforme*.

Le corps de la cellule commence alors seulement à s'étrangler en son milieu ; les rayons des asters ont disparu, mais les filaments qui réunissent les deux moitiés du noyau persistent jusqu'à la séparation complète des deux nouvelles cellules. Le nouveau noyau résultant de la fusion des bâtonnets est très réfringent et se colore

d'une manière intense par les réactifs ; bientôt il augmente de volume : sa membrane devient apparente ainsi que le réseau intérieur.

Des faits que je viens d'exposer rapidement, on peut tirer les conclusions suivantes :

1. Le processus de la division cellulaire commence par le protoplasma et se manifeste par l'apparition et le dédoublement de l'aster, avant qu'il se produise de modifications dans le noyau.

2. Les filaments pâles du fuseau sont de nature protoplasmique et viennent des noyaux des asters.

3. La membrane du noyau disparaît d'abord aux deux pôles de son grand axe.

4. Les éléments de la plaque équatoriale ne sont pas des renflements des filaments du fuseau, mais sont formés par la substance chromatique de Flemming (*chromatine*).

5. Les nouveaux noyaux sont d'abord formés exclusivement de chromatine ; le suc nucléaire pénètre petit à petit dans leur intérieur.

6. Les noyaux-filles ne repassent pas, en sens inverse, comme le prétend Flemming, par les mêmes phases que le noyau-mère a traversées pour arriver à la phase de plaque équatoriale.

Les cellules blastodermiques de l'écrevisse et du *Gommarus pulex* que j'ai pu examiner se diviseot de la même manière que celles de la truite.

Mes observations confirment en grande partie celles de Fol et surtout celles de Strasburger, qui attribue au protoplasma le principal rôle dans la division de la cellule et du noyau.

M. Ranvier : Les faits rapportés par M. Henneguy ont une portée générale des plus intéressantes ; ils font rentrer la division cellulaire sous la même loi pour les poissons et les cryptogames inférieurs.

— M. le Président offre à la Société, de la part de M. Retzius, un magnifique volume intitulé : *De l'organe de l'oreille chez les vertébrés.* Des remerciements seront adressés à M. Retzius.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Correspondance. — La correspondance comprend une lettre de M. Krishaber sur la communication faite par M. Desnos, dans la dernière séance, et relative à l'alimentation forcée des phthisiques.

— Allocutions. — M. Guéneau de Mussy, avant de céder le fauteuil, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant, il y a un an, à la présidence de la Société, et souhaite la bienvenue à son successeur qu'il invite à venir le remplacer.

M. Dujardin-Beaumetz témoigne à son tour de sa vive reconnaissance à ses collègues et sollicite un large crédit d'indulgence et de sympathie.

— Asphyxie par le charbon, hémiplégie consécutive. — M. Rendu communique l'observation suivante : Le 19 septembre dernier, une jeune femme de trente et un ans avait allumé un fourneau à repasser dans un logement très étroit. Bientôt, sous l'influence des vapeurs de charbon, sa tête s'alourdit, elle s'endort et perd connaissance. A minuit, son mari, rentrant chez lui, la trouve dans le coma. Malgré les soins d'un médecin appelé aussitôt, ce n'est que le lendemain matin que cette femme reprend connaissance. On s'aperçoit alors qu'elle est paralysée de toute la moitié droite du corps, mais l'intelligence est conservée et il n'y a pas d'aphasie.

L'hémiplégie persistant, elle entre à l'hôpital au mois de novembre. A cette époque, il y a intégrité absolue de l'intelligence et de la mémoire. L'hémiplégie faciale du côté droit est complète, y compris l'orbiculaire. La paralysie des membres supérieur et inférieur droits est bizarre, en ce sens qu'elle n'atteint que l'extrémité inférieure de ces membres, respectant au contraire la partie supérieure.

Du côté de la sensibilité, on constate une anesthésie complète qui correspond aux parties paralysées, remontant seulement aussi jusqu'à la moitié de l'avant-bras et jusqu'à la moitié de la jambe. Mais la sensibilité réflexe est partout conservée ; bien plus, le réflexe tendineux est exagéré au niveau du coude et du genou.

La contractilité électrique est abolie sur les masses paralysées. On remarque quelques troubles trophiques au pied et à la main, caractérisés par des sueurs profuses, l'incurvation des ongles, etc.

Enfin on constata un œdème de la partie supérieure du bras droit qui persista pendant deux mois : œdème dur, très douloureux au début, époque à laquelle il fut pris, pendant plusieurs jours, pour un phlegmon.

De plus, on observa un certain degré d'empâtement de la région hypothénar, *du côté gauche*, avec insensibilité du petit doigt et de l'annulaire, phénomènes qui durèrent trois semaines environ.

En résumé, il s'agit d'une intoxication par des vapeurs de charbon qui détermina une hémiplégie droite d'origine centrale avec des phénomènes spéciaux et se comportant comme une paralysie périphérique, avec anesthésie limitée et correspondant aux parties hémiplégiées.

Cette malade traitée, depuis son entrée à l'hôpital, par les bains sulfureux et l'électrisation quotidienne, est en voie de guérison.

— Tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue des épanchements pleurétiques. — (Voir les deux précédents numéros pour la communication faite sur ce sujet par M. Grancher et publiée *in extenso*.

— Tuberculose et phénomènes cardiaques. — L'observation de M. Blachez est un de ces faits où l'on constate une discordance absolue entre les phénomènes cliniques observés pendant la vie et les lésions révélées par l'autopsie.

Il s'agit d'un sujet très nettement tuberculeux, âgé de quarante ans, qui fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'accidents cardiaques n'ayant aucun lien avec la tuberculose : suffocation cardiaque violente, frémissement cataire, double bruit de souffle avec ronflement, donnant lieu de songer à l'existence d'un anévrysme aortique.

Sous l'influence d'un traitement par les révulsifs et par la digitale et le bromure, le souffle disparaît en grande partie et se trouve remplacé par un dédoublement du bruit. Néanmoins la mort survient promptement, non par cachexie ni par les progrès de la tuberculose pulmonaire, mais dans un accès de suffocation.

L'autopsie montre un cœur parfaitement sain, des orifices et des valvules indemnes de toute lésion, tandis que, par contre, les poumons présentent une infiltration miliaire considérable, des tubercules en voie de se crétifier.

Le malade n'a pas succombé à une embolie, il est mort sous l'influence d'une dyspnée croissante

— Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire. — M. Duguet présente une pièce anatomo-pathologique intéressante par l'existence de deux valves sigmoïdes seulement, au lieu des trois valves normales, et par un rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire constitué par l'accolement de ces deux valves

L'individu auquel cette pièce appartenait avait trente-cinq ans quand il est mort ; il avait eu sa première attaque rhumatismale deux ans auparavant. Il était entré à l'hôpital avec une néphrite parenchymateuse et des accidents d'urémie comateuse.

M. Féréol considère l'absence de la troisième valvule sigmoïde comme une malformation congénitale.

— Oblitération cicatricielle du pylore. — M. Dujardin-Beaumetz communique à la Société un fait curieux d'oblitération cicatricielle du pylore chez une sage-femme qui avait avalé, il y a six ans, de l'acide sulfurique. L'estomac avait subi depuis lors une

dilatation énorme, telle qu'il était comparable, pour ses dimensions, à l'estomac d'un porc.

M. Dujardin-Beaumetz se proposait de tenter l'opération de Billroth, en appliquant et suturant une anse de l'intestin grêle contre l'estomac, afin de rétablir la communication entre ces deux organes, mais de façon que le suc duodénal puisse passer par l'estomac. Malheureusement l'état de dépression dans lequel cette femme se trouvait était tel qu'elle a succombé avant que l'opération pût être pratiquée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARÈLE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau, au nom de M. Reclus, une monographie sur la tuberculose et la syphilis du testicule.

— M. POLAILLON présente une pièce provenant d'un monstre et sur laquelle on voit manifestement que le spinabifida siége à la base du sacrum, au point même où M. Terrillon a remarqué les fistules qui ont fait l'objet de sa communication dans la séance précédente.

— M. NEPVEU présente un malade auquel M. Verneuil a fait une résection tibio-tarsienne, et qui marche parfaitement bien.

M. TILLAUX fait remarquer que chez ce malade l'axe de la jambe ne correspond plus à l'axe de la plante du pied, et que néanmoins il marche très bien.

M. DESPRÈS : Les malades qui n'ont plus l'axe de la jambe en rapport avec celui de la plante du pied peuvent marcher s'il y a ankylose, comme cela arrive le plus souvent dans les résections tibio-tarsiennes.

— M. ANGER lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson, intitulé : *Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein.* Dans son travail, l'auteur pose en principe que, lorsque l'on enlève une tumeur cancéreuse du sein, il faut toujours prolonger l'incision le long du bord inférieur du grand pectoral et jusque dans l'aisselle, où l'on trouve toujours des ganglions malades, alors même que la palpation avant l'opération n'en décelait pas la présence.

M. Anger fait remarquer que cette proposition a déjà été formulée par M. Velpeau, et il ajoute que beaucoup de chirurgiens et lui-même procèdent ainsi depuis fort longtemps.

M. GILLETTE : Le procédé indiqué par M. Kirmisson n'est pas de lui ; il est pratiqué par M. Verneuil qui l'emploie lorsqu'il y a des ganglions malades. Pour ma part, je crois que, lorsqu'il n'y a pas nécessité de le faire, il y a un certain danger pour le malade à pratiquer d'aussi grandes incisions.

M. VERNEUIL : La proposition de M. Kirmisson lui appartient, car moi je ne prolonge l'incision que lorsque j'ai constaté la présence de ganglions. Les recherches de M. Kirmisson datent de l'année dernière, à la suite de la communication de M. Terrillon, qui a posé en principe que, dans les cas d'épithélioma de la langue, il faut toujours aller enlever les ganglions sous-maxillaires, alors que l'on ne les sent pas par la palpation. M. Kirmisson a transporté ce procédé à l'ablation des cancers du sein. Moi-même je l'ai fait dernièrement et j'ai enlevé de très petits ganglions qui, à l'examen histologique, ont été trouvés malades.

M. SÉE : Le précepte de M. Terrillon avait été formulé avant lui par Kocher, de Berne.

M. LE FORT : La récidive des cancers se fait le plus souvent au point même où existait la tumeur, ou dans la cicatrice, et ce fait enlève un peu d'importance au précepte de M. Kirmisson.

M. CRUVEILHIER : Il y a en outre des cas où la récidive se fait dans les ganglions sous-claviculaires, en laissant indemnes les ganglions de l'aisselle.

M. VERNEUIL : On peut éviter souvent la récidive sur place en enlevant la mamelle en totalité, lors même que la tumeur est petite et limitée. Il faut en outre enlever largement la peau malade et l'aponévrose du grand pectoral qui est souvent infiltrée ; et je crois que l'on a souvent des récidives dans la cicatrice, parce que voulant obtenir une réunion par première intention, le chirurgien conserve de la peau malade.

M. BERGER : Je crois qu'il y a certains cas où, malgré une ablation totale de la glande et des ganglions, on peut avoir des récidives ; cela dépend de la nature du cancer. J'ai vu une malade à laquelle M. Bœckel avait largement enlevé la glande et les ganglions axillaires, et qui néanmoins, deux mois après, a eu une récidive sur place et dans les ganglions.

— M. VERNEUIL fait une communication à propos de l'érysipèle. Il fait remarquer que, depuis l'apparition des pansements antiseptiques, cette affection a beaucoup diminué de fréquence ; on n'en voit plus d'épidémies. Néanmoins l'on en voit encore, et la méthode de Lister n'a pas eu sur cette complication des plaies autant d'influences que sur la septicémie. M. Verneuil attire l'attention de la Société sur un point circonscrit et se pose cette question : Qu'a-t-on à craindre lorsque l'on opère un malade qui a déjà eu un érysipèle ? Voici à ce propos trois faits qui seraient assez probants, s'il venait s'en ajouter d'autres semblables : 1. Un homme alcoolique a eu un érysipèle spontané de la face à la suite duquel l'engorgement ganglionnaire persista, puis augmenta et finit par s'abcéder ; incision de l'abcès ; deux jours après, érysipèle et mort rapide. 2. Une dame de l'île Bourbon, en France depuis longtemps, est soignée pour une ostéite des os du pied. Deux ans auparavant, elle avait eu un érysipèle de la face. Son ostéite étant assez douloureuse, on lui faisait des injections hypodermiques : érysipèle de la jambe à la suite d'une piqûre. Plus tard, les abcès consécutifs à son ostéite s'ouvrirent spontanément ; érysipèle ambulant parti d'un des trajets fistuleux. Plus tard, amputation tibio-tarsienne ; le troisième jour, frisson, érysipèle, hémorrhagie secondaire, mort. 3. Un homme de 52 ans, bien portant, avait été opéré d'un petit épithélioma de la lèvre, à la suite duquel il restait un ganglion sous-maxillaire qu'il voulut faire enlever. En septembre, érysipèle spontané de la face, bien guéri. En décembre, on enlève son ganglion, à la campagne, avec toutes les plus grandes précautions antiseptiques. Quatre jours après, érysipèle phlegmoneux du bras droit, puis de la jambe, enfin érysipèle de la face ayant débuté par la gorge et non par la plaie d'opération. Mort. Que faut-il conclure de ces trois faits ? On ne peut, pense M. Verneuil, méconnaître un état pathologique particulier créé par l'érysipèle, mais il faudrait recueillir d'autres faits pour pouvoir en déduire quelles sont les chances qu'a un chirurgien qui entreprend une opération chez un individu qui a déjà eu un ou plusieurs érysipèles.

M. DESPRÈS : J'ai eu une malade qui a subi trois opérations pour un cancer du sein ; à la première, il n'y a rien eu, mais les deux autres se sont compliquées d'érysipèle, et la malade en a encore eu un troisième avant de mourir.

Un autre cas est celui d'une jeune fille qui eut un érysipèle à la suite de la suture des paupières ; un an après, nouvel érysipèle à la suite de la section des sutures ; guérison. Mais quelque temps après la malade est morte d'embolie pulmonaire.

J'ai enlevé chez un homme un cancroïde de la lèvre, érysipèle ; nouvelle opération au bout de quelques mois, pas d'érysipèle.

J'ai fait chez une malade plusieurs fois l'opération de la fistule vésico-vaginale, et elle a eu une seule fois un érysipèle.

Du reste, sur ce sujet, mon opinion est faite. L'érysipèle seul ne fait pas mourir les malades.

M. SÉE : J'ai opéré dernièrement pour la seconde fois une femme qui avait un cancer du sein. Elle n'a pas eu d'érysipèle, et à la première opération elle en avait eu un assez grave. — Je ne suis pas de l'avis de M. Desprès et je crois que l'on meurt d'érysipèle seul. J'ai opéré deux hommes de petites fistules à l'anus, et tous deux sont morts d'érysipèle sans autre complication.

M. GILLETTE : J'ai opéré il y a quelque temps un homme qui avait une tumeur de la joue ; il avait été déjà opéré une première

fois par M. Richet; à la suite des deux opérations, il eut un érysipèle grave.

M. VERNEUIL : Je suis heureux de tous ces faits recueillis et je crois qu'en en ajoutant d'autres l'on pourra en tirer des conclusions.

Pour ce qui est de la gravité de l'érysipèle, je suis de l'avis de M. Desprès, et je ne crois pas que l'érysipèle tue par lui-même; ceux qui en meurent ont des viscères en mauvais état. Cependant je fais une réserve pour les cas d'épidémie, car dans ces cas ils peuvent être mortels.

Henri BASTARD.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE, par L.-O. CADIAT, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 2 vol. in-8°, Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le livre de M. Cadiat ne ressemble en rien aux *Manuels* et *Traités d'histologie* d'origine étrangère dont les traductions sont entre les mains des étudiants. Plus d'un sera surpris et comme dépaysé sans doute par l'apparence nouvelle des classifications, à moins qu'il n'ait lu Bichat, — ce qui est moins fréquent qu'on ne pense, — ou qu'il n'ait suivi les cours du professeur Robin, — ce qui peut ne pas lui être arrivé. Ces deux noms, en effet, pourraient être inscrits en tête de l'ouvrage: c'est leur esprit et leur enseignement qui l'ont inspiré. Il leur doit son allure nette, ferme et toute française; il leur doit encore l'ampleur philosophique des vues d'ensemble, l'ingéniosité des rapprochements et des classifications. Partout, à leur exemple, M. Cadiat s'est appuyé sur ces deux auxiliaires puissants de toute étude anatomique, qu'elle soit faite à l'œil nu ou à l'aide du microscope, l'embryogénie et l'anatomie comparée. Que de descriptions fautives seraient rectifiées, que d'obscurités seraient dissipées en anatomie *spéciale* ou *descriptive*, si, au lieu de se borner à envisager l'organe isolé dans le temps et dans l'espace, on s'enquérait de son origine et de son évolution d'abord dans l'individu même auquel il appartient, ensuite dans la série des êtres! Voilà la voie qui s'ouvre toute grande devant les anatomistes de l'avenir. En France, malheureusement, elle n'a été jusqu'ici que peu fréquentée. Les Anglais commencent à s'y engager résolument et, déjà à la suite de leurs premiers efforts, l'importante question des anomalies musculaires — pour ne citer qu'un exemple — a été élucidée d'une manière scientifique. L'*étude des tissus* profitera autant au moins que celle des organes d'une pareille méthode. M. Cadiat l'a compris, et son livre en donne une preuve convaincante. Ses descriptions y gagnent un intérêt tout particulier. Au lieu d'une nomenclature sèche de détails isolés, nous avons un ensemble de faits qui se groupent autour d'une même conception physiologique et suivant un ordre naturel. Aussi la lecture de ce livre est-elle particulièrement facile et attachante, malgré la minutie des descriptions. Souvent, du reste, l'exposé des recherches originales de l'auteur vient rehausser l'intérêt de son exposition didactique. M. Cadiat a déjà publié soit seul, soit en collaboration avec M. Robin, un grand nombre de mémoires dont il a pour ainsi dire extrait la substance pour divers chapitres de son ouvrage. Peut-être même, quand il expose ses opinions personnelles, l'auteur le fait-il avec un peu trop de complaisance, sans donner une part suffisante aux idées adverses, quelque grands noms qu'elles aient pour défenseurs. Nous oserions dire que c'est par la critique et l'érudition que pèche un peu cet excellent ouvrage. Il y gagne certainement en netteté et en facilité d'allure; mais dans presque toute science, et particulièrement en histologie, une grande partie des connaissances nécessaires est l'histoire des erreurs célèbres. Nous signalons à M. Cadiat cette lacune sans espérer qu'il en tienne grand compte dans sa prochaine édition.

Nous avons parlé d'*histologie*, et cependant notre auteur a inscrit dans son titre le mot « d'*anatomie générale* ». Il faut lui savoir gré d'avoir ainsi rectifié un vice de langage qui s'est peu à peu accrédité:

« Le mot d'*histologie*, dit M. le professeur Robin (1), est souvent « choisi bien qu'inexactement pour désigner ce qu'on entendait autrefois par *anatomie générale*. C'est le nom propre « d'une des divisions particulières de l'anatomie générale, « celle qui embrasse l'examen des tissus, qui sert ainsi à désigner l'ensemble de cette science. On a fait ainsi pour ne « pas se heurter à une erreur facile à éviter pourtant. Quelques auteurs, en effet, ont confondu l'adjectif qualificatif « *général* avec le substantif *généralité*, *anatomie générale* « par le résultat auquel elle conduit avec *généralité sur l'anatomie....* » Qu'on n'aille pas dire qu'il ne s'agit là que d'une question de mots. S'il est vrai que « la science est une langue bien faite », les mots ont une importance de premier ordre. Ce n'est pas un des moindres mérites de M. le professeur Robin et de ses disciples que d'attacher à chaque substantif, à chaque adjectif, une valeur uniforme, déterminée. On sait à quelle confusion déplorable aboutit le manque de rigueur scientifique dans les qualifications anatomiques. Qui pourra compter et retenir les significations successives du *protoplasma*, de la *jeune cellule*, de *l'hématoblaste*, etc.? On en est arrivé à un tel abus de langage, qu'actuellement une bonne partie des travaux d'histologie est parfois consacrée à exposer la phraséologie particulière de l'auteur. Pour peu qu'après cela il s'étende avec quelque complaisance, — et il y manque rarement, — sur sa *technique* particulière, il reste bien peu de place pour la susbtance même du mémoire.

L'anatomie générale, qui depuis son fondateur Bichat a considérablement étendu ses limites, peut être actuellement définie, suivant M. Cadiat : « la science qui a pour but l'étude des parties composantes des êtres vivants et la recherche des lois de leur organisation ». Elle comprend : 1o l'étude des éléments, des tissus et des humeurs de l'organisme, de leur formation embryonnaire, de leurs altérations morbides; 2o l'étude des systèmes organiques chez l'homme et les animaux. M. Cadiat a accompli consciencieusement l'étude de ce vaste programme. Ne pouvant tout passer en revue, bornons-nous à attirer l'attention sur les points qui nous ont le plus particulièrement frappé.

A. L'EMBRYOGÉNIE tient une large place dans ce livre, et toutes les descriptions y sont accompagnées de figures dessinées par l'auteur lui-même d'après ses préparations. M. Cadiat a donné une description nouvelle de la fente pleuro-péritonéale : il a démontré que cette fente débute en avant de l'extrémité céphalique dans l'aire transparente, et qu'elle est produite par l'épaississement de cette extrémité. La connaissance exacte de cette fente est du plus haut intérêt; elle sert

(1) Bibliothèque des sciences naturelles, *Anatomie microscopique des tissus et des sécrétions*, 1re partie, p. 2.

ensuite à la détermination de la position du cœur, à l'histoire de la formation des séreuses et à celle de l'amnios ; cette dernière étude est l'objet d'une description neuve et minutieuse. Nous en dirons autant du développement de l'extrémité céphalo-thoracique, du mode d'union des feuillets interne et externe au niveau des fentes branchiales, des parois du péricarde, du ligament cervico-péricardique, etc. A propos du développement des séreuses splanchniques, M. Cadiat indique bien plus nettement qu'on ne l'avait fait encore de quelle manière le péricarde se sépare de la pleuro-péritonéale, et comment la plèvre se sépare du péritoine ; il fait voir incidemment comment l'embryogénie explique les dispositions spéciales des plèvres chez les oiseaux.

Le développement de l'encéphale est traité avec soin : l'auteur se sépare souvent de Kœlliker et de M. Duval à propos du septum lucidum, des plexus choroïdes et des trous de Monro. D'excellentes figures augmentent encore l'intérêt de cette description délicate.

Pour ce qui a trait au développement du canal aérien, notons l'indication précise de son origine sur la lèvre inférieure de la seconde fente branchiale.

Le développement des ovules et des vésicules de Graaf donne lieu à l'exposition d'une théorie nouvelle en opposition avec celle de Pflüger et de Waldeyer.

Dans la PARTIE ANATOMIQUE proprement dite de l'ouvrage, nous signalerons aussi quelques points remarquables par la nouveauté des descriptions et l'originalité des interprétations quoique toutes peut-être ne doivent pas être acceptées sans contrôle.

Le *système des séreuses* a déjà été l'objet des recherches de l'auteur en collaboration avec le professeur Robin (DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE, article *Séreuse*, et JOURNAL DE L'ANATOMIE, 1876). M. Cadiat croit pouvoir affirmer l'existence constante du double feuillet de Bichat, feuillet ayant son individualité propre à la surface des organes qu'il tapisse, sur le feuillet pariétal de la dure-mère, dans les synoviales articulaires et autres, partout, excepté sur les cartilages. Il s'élève avec énergie contre les attaques dirigées par Velpeau d'abord, par les histologistes contemporains ensuite, contre l'œuvre de Bichat. « La découverte d'éléments ayant quelques analogies avec l'épithélium des séreuses parmi ceux du tissu conjonctif, les hypothèses sur la constitution de ce dernier tissu qui en ont fait une dépendance du système lymphatique, ont fait écrire dans certains ouvrages qu'il y avait un système anatomique composé par les *vaisseaux lymphatiques*, les *séreuses* et le *tissu conjonctif*, c'est-à-dire des parties n'ayant entre elles absolument aucun rapport, à quelque point de vue qu'on les envisage. » — « Il est regrettable, ajoute en terminant M. Cadiat, de voir tant d'efforts n'aboutir qu'à effacer de l'anatomie générale la plus belle page que Bichat y ait écrite. »

L'*endocarde*, d'après M. Cadiat, n'aurait ni vaisseaux sanguins ni vaisseaux lymphatiques, contrairement à l'assertion de tous les auteurs. Le cœur est pour lui un renflement veineux d'après ses valvules, sa vascularité, sa membrane interne, son développement embryonnaire et même sa pathologie.

Le *système nerveux* est une des études de prédilection de notre auteur. Par de patientes recherches, il a découvert des anastomoses très multipliées dans les artères de la pie-mère ; il s'élève contre l'hypothèse des départements artériels isolés : les artères de la pie-mère, dit-il, forment de véritables réseaux à la surface des circonvolutions, et les branches qui pénètrent dans la substance grise s'anastomosent en arcades.

Ces observations, qui paraissent très précises, renversent des théories ingénieuses un peu trop hâtivement construites : D'autres assertions encore soulèveront bien des critiques : telles sont la négation du prolongement distinct décrit dans les cellules nerveuses sous le nom de *prolongement de Deiters* ; la discussion sur les faisceaux postérieurs de la moelle, où l'auteur se prononce contre la description erronée de Gratiolet que Pierret aurait, suivant lui, admise sans un contrôle suffisant; à propos des glandes salivaires, l'interprétation des croissants et cellules en demi-lune de Gianuzzi et Heidenhain, etc.

Un des points les plus difficiles et les plus contestés de l'étude intime des tissus est la structure du *foie*. M. Cadiat le décrit dans la série animale pour arriver de son état de simplicité extrême à son degré de complication excessive. Adoptant encore les enseignements de l'anatomie comparée, il étudie la structure de la *rate* d'après les squales. Les *glandes sudoripares* sont l'objet d'une description nouvelle d'après des travaux récents confirmés par des observations personnelles (Herrmann).

Une autre étude originale est celle de la muqueuse des fosses nasales, dont une partie avait été consignée dans la thèse d'agrégation de M. Rémy. La *muqueuse utérine* est remarquablement décrite et dessinée ; il en est de même pour la *muqueuse de l'urèthre*, qui avait déjà été le sujet d'un mémoire de M. Cadiat en collaboration avec le professeur Robin (JOURNAL DE L'ANATOMIE, 1875).

Nombreuses sont les figures qui méritent une mention spéciale: j'ai déjà dit qu'elles étaient toutes faites d'après nature par l'auteur lui-même. Il faut donc lui savoir gré doublement, et de ses préparations si démonstratives, et de la netteté de ses dessins. Il a dépensé là une somme de travail considérable, mais ce n'est pas sans profit : elle augmente singulièrement la valeur de cet ouvrage original et consciencieux. Je mentionnerai spécialement : un dessin des villosités intestinales avec injection double des capillaires sanguins et du lymphatique central; — les figures montrant la terminaison des bronches et le lobule pulmonaire; — celles relatives au système rénal représentant les épithéliums des tubes contournés, les dispositions des tubes de Bellini, les épithéliums du glomérule et de la capsule de Müller; — les dessins consacrés à la structure du testicule, d'après les travaux les plus récents confirmés par les recherches de l'auteur; — les préparations de l'ovaire où M. Cadiat décrit un nouvel élément, l'*ovoblaste*, destiné à engendrer l'ovule et l'épithélium folliculaire ; — les préparations relatives au système érectile, qui n'est figuré dans aucun autre traité, et qui confirment les belles recherches de Legros, etc.

L'article *cristallin* résume les idées personnelles exposées par l'auteur dans sa thèse d'agrégation, sur l'action de la zone de Zinn, sur la disposition des secteurs, sur les étoiles et leur influence dans la polyopie monoculaire, etc.

L'ouvrage se termine par un appendice qui porte en sous-titre : *Considérations relatives au classement des produits pathologiques déduites des études anatomiques précédentes.* — *Essai sur une classification méthodique des tumeurs.* Il se compose d'une vingtaine de pages à peine. Nous engageons ceux qui voudraient se former une idée sur le mérite de l'ou-

vrage de M. Cadiat à consacrer une demi-heure à cette lecture : ils ne la regretteront pas — et achèteront le livre.

SAMUEL POZZI.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur H. Floquet, maire de Custines (Meurthe-et-Moselle), vient de mourir subitement à l'âge de 37 ans.

— Sir Robert Christison, médecin célèbre d'Ecosse, est mort le 28 janvier 1882, à Edimbourg, dans sa quatre-vingt-quatrième année. Après des études brillantes à Londres et à Paris, il succédait, dès l'âge de trente-quatre ans, au savant docteur Alison comme professeur de médecine légale. Son *Traité sur les poisons*, qui eut, dans son temps, un assez grand retentissement, le fit appeler à la chaire de matière médicale et clinique de l'université d'Edimbourg.

En 1871, il fut créé baronnet et en 1875 il fut élu membre associé étranger de l'Académie de médecine de Paris.

— M. Bussy, ancien directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, vient de succomber à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

— Nous avons aussi à enregistrer la mort de M. le docteur Junod, inventeur des grandes ventouses qui portent son nom.

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : DÉCLARATION DE VACANCE DE LA CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Paul Bert, avant de quitter le ministère, a répondu à la délibération de la Faculté de médecine de Paris autorisant la permutation de M. Hayem de la chaire de thérapeutique dans celle d'anatomie pathologique, par la déclaration de vacance de cette dernière chaire. On se rappelle que les suffrages des professeurs, en tenant compte des absences et des abstentions, s'étaient à peu près divisés en nombre égal en faveur et à l'encontre de la permutation; le ministre a pu ainsi plus facilement user de son droit Ce conflit entre l'autorité supérieure et la Faculté n'en est pas moins regrettable, et il y a lieu d'espérer qu'on en évitera désormais le retour en s'inspirant un peu moins d'intérêts personnels, et un peu plus de l'intérêt général de l'enseignement.

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Viault, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

∴

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par décret en date du 23 décembre 1881, M. le docteur Pégoud a été institué, pour une période de neuf années, suppléant de clinique médicale et de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Par décret de la même date, M. Pégoud a été également nommé, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

∴

COLLÈGE DE FRANCE. — Par arrêté en date du 13 janvier 1882, il est créé, près le Collège de France, un laboratoire de physique biologique, rattaché à l'Ecole pratique des hautes-études. MM. Brown-Séquard, professeur de la chaire de médecine au Collège de France, et d'Arsonval, préparateur de cette chaire, sont nommés directeurs dudit laboratoire.

∴

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 20 janvier, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance, à Paris : MM. Sigismond Lacroix, membre du conseil municipal ; Dietz-Monnin, membre de la chambre de commerce; Bayvet, administrateur du bureau de bienfaisance du huitième arrondissement; Leblond, sénateur; Nast, ancien agent de change; Bernheim, avocat à la cour d'appel; Béclard, doyen de la Faculté de médecine.

∴

ELECTIONS. — Le mercredi 15 février 1882, il sera procédé dans une des salles de la mairie du sixième arrondissement à l'élection de trois médecins attachés au service du traitement à domicile. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

∴

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté préfectoral du 23 janvier, M. le docteur Schils, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement du docteur Gallopain, nommé directeur-adjoint de l'asile d'aliénés de Rodez.

∴

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, numéro 3.

Ordre du jour : Allocution du président. — Rapport du secrétaire. — Compte rendu du trésorier. — Ratification des admissions faites dans l'année. — Election de dix membres de la commission administrative en remplacement des membres sortants.

∴

RÉCOMPENSE HONORIFIQUE. — M. Pasteur, membre de l'Institut, vient de recevoir de la Société d'agriculture de Melun une médaille d'or frappée à son effigie, comme un témoignage de reconnaissance des agriculteurs du département de Seine-et-Marne pour ses importantes découvertes.

∴

HYGIÈNE DES ÉCOLES. — Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique établit près ce département une commission d'hygiène des écoles, dans les termes suivants :

Article premier. — Il est institué au ministère de l'instruction publique une commission de l'hygiène des écoles.

Art. 2. — Cette commission est chargée d'étudier les questions relatives, soit au mobilier scolaire, soit au matériel d'enseignement, soit aux méthodes et aux procédés d'instruction dans leurs rapports avec l'hygiène. Elle résumera ses travaux dans un projet de règlement d'ensemble à soumettre au Conseil supérieur.

Art. 3. — Cette commission est autorisée à procéder dans les établissements d'instruction publique de Paris et des départements aux expériences, inspections et constatations qu'elle jugera nécessaires. Un ou plusieurs de ses membres pourront, en outre, être chargés de visiter à l'étranger les établissements dont l'étude mériterait un examen spécial.

∴

COMMISSION D'HYGIÈNE DES ÉCOLES. — Sont nommés, par arrêtés ministériels, membres de la Commission d'hygiène des écoles près le ministère de l'instruction publique : MM. les docteurs Gavarret, Panas, Trélat, Gariel, de Saint-Germain, Javal, Dally, Onimus, Maurice Perrin, Riant et Worms.

∴

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE ET DE ZOOLOGIE MARITIMES. — Arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 23 janvier 1882 :

Art. 1er. — Il est institué près le ministère de l'instruction publique une commission des laboratoires de physiologie et de zoologie maritimes.

Art. 2. — Cette commission préparera un règlement fixant les conditions dans lesquelles seront admis à travailler les savants et les élèves étrangers aux laboratoires, et déterminant les formalités à remplir pour obtenir l'envoi d'animaux destinés à servir de sujets d'expériences.

Elle donnera son avis sur toutes les questions qui lui seront soumises relativement aux laboratoires de physiologie et de zoologie maritimes.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 13 JANVIER AU JEUDI 19 JANVIER 1882.

Fièvre typhoïde 35. — Variole 15. — Rougeole 13. — Scarlatine 2. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 74. — Dysenterie 0. — Erysipèle 7. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Infections puerpérales 10. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 195. — Autres tuberculoses 21 — Autres affections générales 78 — Malformation et débilité des âges extrêmes 77. — Bronchite aiguë 58. — Pneumonie 118. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 58. — au sein et mixte 26. — Inconnu 13. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 104. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 96. — de l'appareil digestif 65. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 13. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 1. — Causes non définies 2. — Morts violentes 27. — Causes non classées 13. — Total de la semaine : 1,265 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ESSAI SUR LA BRONCHO-PNEUMONIE ÉRYSIPÉLATEUSE, par le docteur Stackler. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ÉRYSIPÈLE, par le docteur Dupeyrat. In-8. — Prix : 2 fr. 50, — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORCHITE TRAUMATIQUE, par le docteur Coutan. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

ETUDE SUR LA SCARLATINE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES, par le docteur Legendre. in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

PATHOGÉNIE DES AFFECTIONS DE L'OREILLE ÉCLAIRÉE PAR L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE, par le docteur Baratoux. In-8., avec 2 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYDRAMNIOS (PATHOGÉNIE), par le docteur Bar. In-8., avec figures dans le texte et cinq planches. — Prix : 5 fr. — Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par le docteur Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome II.

Seconde partie. — Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes, système lymphatique et système sanguin. 2 vol. in-8, avec 89 fig. intercalées dans le texte. Gratis pour les souscripteurs. — Prix du tome II complet, 1 fort vol. in-8, avec 179 fig. intercalées dans le texte. 25 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 6 11 FÉVRIER 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 9 février 1882.

LE CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Deuxième article. — Voir le numéro 4.

Dans un précédent article, nous avons combattu le principe même de la centralisation des concours d'agrégation. Pour résumer, sous forme de conclusion, les considérations que nous avons développées en faveur de la décentralisation universitaire, nous dirions volontiers, avec M. Laboulaye : « Si l'on veut relever le niveau des études en France et réveiller la vie provinciale, la première chose à faire, c'est de créer de grands centres scientifiques et d'y introduire tout ensemble la richesse et la liberté. »

Le changement de ministère qui s'est fait depuis notre précédent article modifiera-t-il les effets de la circulaire ministérielle du 24 décembre dernier? Nous ne savons; mais il nous semble que les questions soumises aux Facultés par M. Paul Bert ne devront pas rester sans réponse;(1) les Facultés trouveront là une excellente occasion de faire connaître au gouvernement actuel leur manière de voir et leurs aspirations. Nous allons donc, comme nous nous y sommes engagé, examiner successivement les différentes questions posées dans la circulaire et chercher, pour chacune d'elles, la solution qui s'éloigne le moins du principe général que nous avons défendu.

La première question est ainsi conçue :

« Les épreuves préparatoires pourraient-elles être ramenées (l'appréciation des titres antérieurs des candidats restant toujours un des éléments principaux de l'admissibilité) à des compositions écrites, et quelles devraient être ces compositions?

« Si ces compositions paraissaient être suffisantes, elles pourraient être faites au chef-lieu de chaque académie; il serait facile de les imprimer, comme cela se pratique pour l'agrégation de droit. Le candidat qui n'habiterait pas la ville où siégerait le jury ne serait obligé de quitter sa résidence que pour les épreuves définitives. »

On voit par là que le ministre admet en principe que les épreuves d'admissibilité aient lieu dans chaque Faculté; seulement, ne voulant pas renoncer au système de centralisation, il propose, pour ce premier degré, des épreuves exclusivement écrites qui ne semblent nullement en rapport avec le but de l'agrégation et les fonctions des futurs agrégés. Une composition écrite, en effet, peut faire valoir l'instruction et la méthode d'exposition du candidat; mais il ne faut pas oublier que, durant son temps d'exercice, un agrégé peut être appelé à suppléer le titulaire d'une chaire d'enseignement théorique, ou d'enseignement clinique, que par conséquent il doit justifier de ses aptitudes professorales et de ses connaissances pratiques. Or il paraît utile que, même pour les épreuves éliminatoires, il puisse donner, à ce double point de vue, une mesure exacte de sa valeur.

L'idée de faire subir ainsi aux candidats de l'agrégation les épreuves d'admissibilité dans leurs Facultés respectives n'est pas nouvelle; nous en avons déjà entretenu nos lecteurs (V. GAZ. MÉD., année 1878, p. 514) d'après un projet que nous avait communiqué un professeur de la Faculté de Lyon, et nous disions à ce sujet :

« Ce système donnerait en partie satisfaction aux légitimes aspirations des facultés de province, et tous les hommes de talent pourraient affronter et affronteraient les premières épreuves, l'admissibilité aux épreuves suivantes constituant déjà pour eux un titre dans la ville où ils exerceraient. Ceux d'entre eux qui iraient à Paris subir les épreuves définitives auraient à supporter un déplacement moins onéreux, car le nombre des concurrents et celui des épreuves étant moindres, la durée du concours serait réduite dans la même proportion. Enfin, à ces dernières épreuves, les admissibles de province et ceux de Paris se mesureraient les uns avec les autres, et l'émulation que la centralisation actuelle a pour but d'entretenir n'en serait en rien amoindrie. Ce système, déjà suivi pour l'admission aux écoles du gouvernement, paraît présenter de sérieux avantages et mérite de fixer l'attention générale. »

Appliqué au concours d'agrégation en médecine, le système qui précède, pour produire les résultats qu'on peut en attendre, doit réaliser essentiellement les trois conditions suivantes :

1o Epreuves d'admissibilité propres à faire ressortir toutes les aptitudes des candidats;

2o Aux épreuves définitives, classement général et par ordre de mérite de tous les candidats, indépendamment de la Faculté à laquelle ils se destinent;

3o Constitution d'un jury où une part égale de représentation et par suite d'influence soit faite à la Faculté de Paris et aux Facultés de province.

La seconde question posée par M. le ministre est relative à la thèse : « Quelle est, demande-t-il, la valeur de la thèse dans le concours d'agrégation? Doit-elle être maintenue, mo-

(1) Les Facultés de Nancy et de Montpellier ont déjà envoyé leur réponse. La première conclut au maintien de la centralisation des concours à Paris; la seconde affirme plus que jamais ses opinions décentralisatrices bien connues.

difiée on supprimée ? Doit-elle être remplacée par une autre épreuve ? Et, dans ce cas, quelle serait cette épreuve ? »

Tont le monde sait qu'une thèse d'agrégation est un travail collectif du candidat et d'un nombre plus ou moins grand de ses amis. La part qui revient au candidat est impossible à apprécier ; la thèse ne constitue donc pas, pour un concours, une épreuve sérieuse. D'un autre côté, comme à l'enseignement oral la plupart des professeurs joignent, par leurs ouvrages, l'enseignement écrit, il n'est pas inutile de pouvoir apprécier le talent et la méthode d'écrivain des candidats à l'agrégation; un seul moyen semble répondre à ce double désidératum, c'est de mettre les candidats en loge, comme cela se pratique ailleurs pour d'autres concours. Une fois les sujets de thèse tirés au sort, les concurrents entreraient en loge ; ils auraient à leur disposition tous les ouvrages, toutes les sources de recherches qu'ils demanderaient ; ils devraient terminer leur travail dans un délai réglementaire, qu'il n'y aurait nul inconvénient à ne pas trop étendre, car, dans de telles conditions, on n'exigerait pas d'eux une de ces monographies volumineuses qui plaisent à bien des lecteurs, mais qui pèsent parfois trop lourdement sur le budget de beaucoup d'entre eux. La thèse ainsi faite, œuvre exclusive du candidat, permettrait d'apprécier ses divers mérites, et constituerait dès lors une épreuve de premier ordre.

« L'argumentation doit-elle être maintenue ? » Telle est la troisieme question de M. le ministre. Nous avouons, qui qu'on en ait dit, n'attacher qu'un intérêt secondaire à ce genre d'épreuve. Cependant, la thèse devenant une œuvre personnelle de chaque concurrent, l'argumentation prendrait un peu plus d'importance et pourrait ainsi être maintenue.

Nous arrivons à la dernière question de M. le ministre : « Quels moyens pratiques pourraient être employés pour diminuer le temps que chaque candidat doit donner aux épreuves définitives, sans affaiblir ces épreuves ? »

Ces moyens découlent des développements qui précédent. Avec des épreuves sérieuses du premier degré, on peut limiter, dans une assez forte proportion, le nombre des admissibles, et abréger par cela même la durée des épreuves définitives. Une semaine de loge devrait suffire pour la thèse. On pourrait mesurer avec plus de parcimonie le temps nécessaire consacré à l'argumentation. Il est certainement possible, par ces quelques modifications ou d'autres, de ménager le temps des candidats et des membres du jury, sans affaiblir le concours.

Pour résumer en quelques mots les considérations que nous venons d'exposer, nous dirons :

1° En principe, et avant tout, décentralisation universitaire, autonomie des Facultés, retour, en les perfectionnant si besoin est, aux anciens concours locaux ;

2° Si le principe absolu de décentralisation n'est pas adopté, institution de concours d'agrégation à deux degrés : épreuves préparatoires ou éliminatrices subies respectivement dans chaque Faculté ; épreuves définitives subies à Paris et classement général des candidats par ordre de mérite.

D[r] F. DE RANSE.

A suivre.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DU TRAITEMENT DES ABCÈS CHAUDS PAR LES INJECTIONS D'ALCOOL (méthode de M. le professeur GOSSELIN), par M. ASSAKY, interne des hôpitaux, préparateur de physiologie générale au Muséum.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Cette méthode est-elle également applicable à tous les abcès chauds ? A tous, quel que soit leur volume, pourvu qu'ils soient circonscrits, qu'ils ne présentent pas, par le fait de la disposition de la région où ils se sont développés, des prolongements, des fusées où l'alcool ne puisse pénétrer que difficilement. Cependant, lorsque l'abcès a des proportions réellement considérables, on se trouve bien d'associer au pansement un léger degré de compression méthodique faite avec de la ouate ou de préférence avec des éponges qu'on place immédiatement au-dessus de la toile protectrice, du taffetas gommé qui entoure les compresses de tarlatane. Une seule injection d'alcool, faite le premier jour, suffit-elle dans tous les cas ? Lorsque l'abcès est volumineux, on est parfois obligé d'y revenir à deux ou trois fois. Pour savoir à quel moment il convient de pratiquer ces lavages, il faut se guider sur la nature du liquide sécrété et employer l'alcool dès qu'il tend à prendre les caractères du pus, le but qu'on se propose étant de supprimer la suppuration. Lorsqu'après trois ou quatre injections l'abcès ne marche pas rapidement vers la guérison, c'est qu'on a affaire à une poche anfractueuse qui présente des prolongements sous-musculaires ou interglandulaires comme dans les abcès de l'aisselle ou de la mamelle où nous avons vu, sauf deux fois, toujours échouer la méthode. Cependant, même dans ces cas défavorables, les injections faites au début paraissent encore accélérer la marche et empêcher l'extension de la suppuration secondaire.

Voilà donc un fait qui nous paraît bien établi : la grande majorité des abcès traités par la méthode de M. Gosselin ne suppurent pas et évoluent avec une grande rapidité. L'alcool modifie la surface suppurante et fait avorter la suppuration. En tenant compte de ces résultats, on pourrait donner à cette méthode le nom d'*abortive*.

L'alcool modifie, disons-nous, la surface de la poche d'abcès de telle façon qu'il amène la cicatrisation en dehors du pus ; la réunion n'a donc pas lieu par seconde intention. Mais il ne s'agit pas là non plus d'une réunion primitive.

M. Gosselin a observé depuis longtemps que les plaies d'une façon générale et les plaies de tête en particulier, pansées à l'alcool, guérissaient en fort peu de temps et que, sous l'influence de ce pansement, la suppuration proprement dite était remplacée par un suintement séro-sanguinolent peu abondant et sans aucune odeur.

Il a donné le nom de réunion *intermédiaire* à cette cicatrisation qui tient, par l'absence de bourgeons charnus et de suppuration, de la réunion primitive et, par sa durée et le suintement qu'elle donne, de la réunion secondaire. Ne pourrions-nous pas admettre que nous avons là, dans nos abcès traités par l'alcool, sous l'influence du même agent, quelque chose de comparable à la réunion intermédiaire ?

Nous avons eu l'occasion de faire l'examen histologique des parois d'un abcès provenant d'un malade qui avait succombé à une maladie intercurrente, et nous avons également examiné des abcès expérimentaux développés chez le chien et le co-

baye et traités par la méthode de l'alcool. Dans tous ces cas, nous avons trouvé, quelques jours après le lavage à l'alcool, des coagulations vasculaires portant sur les capillaires des bourgeons charnus qui constituent par leur ensemble ce qu'on appelle la membrane pyogénique, coagulations qui dessinent, par places, le réseau élégant des anses qu'ils décrivent. A côté de ces lésions se voient des ruptures vasculaires avec extravasations sanguines qui fusent parfois, à une distance variable, au milieu du tissu des bourgeons ou viennent se faire jour jusque dans la cavité de l'abcès. Aussi la proportion des globules sanguins qu'on trouve le premier jour, alors que le liquide sécrété présente cette coloration foncée que nous avons comparée à du jus de pruneaux, est-elle à peu près égale à celle des globules du pus.

Nos recherches ne nous autorisent pas encore à nous prononcer sur le processus histologique grâce auquel se fait la cicatrisation, si elle est due, au niveau de ces coagulations et de ces ruptures vasculaires, à des adhérences qui établissent une continuité des tissus ou si la guérison a lieu par un autre mécanisme. Trois fois nous avons vu survenir, après une guérison rapide, un épanchement lymphatique secondaire. Ces faits nous permettent de croire qu'au moins dans certains cas la cavité de l'abcès n'est pas absolument comblée. Bien que nous ne puissions affirmer aujourd'hui que les injections d'alcool empêchent le développement, dans l'abcès, des organismes inférieurs et qu'elles détruisent les micrococcus anaérobies qui seraient, pour quelques auteurs, la cause et la condition essentielle de toute collection purulente, nous croyons pouvoir admettre cette action comme infiniment probable, les recherches de MM. Gosselin et Bergeron (1) ayant montré que l'alcool est un puissant désinfectant, qu'il empêche la putréfaction du pus même par action à distance, qu'il peut, en un mot, être mis comme antiseptique sur le même rang que les solutions phéniquées, la teinture alcoolique de gaultheria, etc.

L'alcool ne préserve pas de l'infection chancreuse: nous avons vu deux cas d'adéno-phlegmon inguinal consécutifs à des chancres mous, ponctionnés et injectés à l'alcool, et dans ces deux cas le bubon incisé est devenu chancreux le premier, le deuxième et le troisième jour, le second, le quatrième et le cinquième jour. Nous avons également vu chez trois individus atteints d'accidents secondaires (plaques muqueuses de la gorge ou de l'anus, éruptions cutanées) l'abcès évoluer comme d'ordinaire, guérir, et la plaie d'incision prendre un aspect ulcéreux.

L'injection de l'alcool au milieu des tissus enflammés n'est pas très douloureuse. La douleur varie avec l'impressionnabilité, le nervosisme des individus. Tel individu se plaindra de douleurs, d'élancements, de sensations de brûlure ou de picotements qui auront duré dix minutes ou une heure, tel autre n'accusera aucune sensation douloureuse. Parfois, bien rarement, l'emploi de l'alcool est suivi d'escarres cutanées plus ou moins superficielles. Leur apparition nous a paru liée à cette circonstance que le malade a attendu longtemps avant de venir consulter et que par suite la peau très rouge, très chaude, très enflammée, se trouve amoindrie dans sa vitalité, circonstance à laquelle vient encore s'ajouter un état général mauvais, diathésique, strumeux ou tuberculeux.

Quant à la température des abcès chauds traités par la méthode de M. Gosselin, nous avons constaté que leur température cavitaire oscillait entre 37·5 et 38·5 centigrades (1). Cette élévation thermique est-elle due à l'influence de ce mode de traitement, à l'irritation locale produite par l'alcool? Nous possédons un certain nombre de tracés de températures locales prises au milieu de suppurations vraies, franches, provenant d'abcès traités par l'incision simple; les chiffres que nous avons relevés nous montrent que la température d'un abcès chaud ganglionnaire, d'un abcès intermusculaire, d'un abcès mammaire, prise dans la profondeur à deux, quatre ou sept centimètres de la surface cutanée, ne dépasse guère, sauf complications, ces mêmes limites. Lorsque l'abcès est largement incisé, les conditions sont tout autres et le thermomètre est loin d'indiquer une élévation aussi marquée.

Par le fait de l'injection, la température cavitaire subit un abaissement. Lorsqu'on a noté cette température avant et un peu après l'injection (une demi-heure ou une heure), on trouve une différence de 0·5 à 1 degré, et il ne s'agit pas là de la chute de la température, très réelle, qu'on observe à la suite de l'ouverture de l'abcès, vu qu'on peut constater cet abaissement à l'occasion d'une injection pratiquée plusieurs jours après l'incision. Par contre, le lendemain, le thermomètre est remonté à la température première et peut même la dépasser d'une fraction de degré. Cette légère élévation nous paraît être en rapport avec les modifications que subissent dans leur nutrition les parties touchées par l'alcool, tandis que la dépression thermique qui la précède est sans doute le produit d'une réfrigération locale, et n'est en somme que l'expression d'un phénomène physique.

(1) Comptes rendus des 29 septembre, 6 octobre et 17 novembre 1879, et Arch. générales de méd., janv. 1881.

(1) Société de Biologie, séance du 12 novembre 1881.

NEUROLOGIE

Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie, par le docteur E. Régis, chef de clinique des maladies mentales.

1o Coexistence possible, même chez l'homme, de la paralysie générale et de l'hystérie. — 2o Influence de l'hystérie sur la forme, la marche et la durée de la paralysie générale.

Suite et fin. — Voir les numéros 2, 3 et 5.

Toutes ces opinions, celles en particulier qui ont trait aux rémissions, à l'absence possible de délire et à l'hérédité spéciale de la paralysie générale, sont encore loin d'être acceptées de tous les aliénistes. M. Aug. Voisin, notamment, dans le récent volume qu'il a consacré à la paralysie générale, montre pour sa part qu'il en est resté, sur tous ces points, aux idées des premiers auteurs, et il ne fait aucune difficulté pour admettre avec Calmeil, non seulement l'influence héréditaire de la folie sur la production de la paralysie générale, mais encore la transformation possible et même fréquente, chez les aliénés, de la *folie vésanique en paralysie générale.* Et M. Aug. Voisin n'est certainement pas le seul à penser ainsi encore aujourd'hui. Toutefois, il faut le reconnaître, les idées nouvelles gagnent du terrain de jour en jour, et il est aisé de prévoir qu'elles finiront bientôt par triompher.

Quoi qu'il en soit, et à quelque opinion que l'on s'arrête, il est un fait incontestable et dont l'expérience a, dans ces dernières années, pleinement confirmé l'exactitude: c'est que la paralysie générale, lorsqu'elle se développe chez des sujets

vésaniques, affecte des caractères particuliers, et que c'est surtout chez ces malades qu'on rencontre les formes chronique, rémittente et circulaire de la maladie.

Or, pourquoi en est-il ainsi ?

Je ne crois pas qu'on ait jamais donné une explication rationnelle du fait, mais cette explication me semble découler de ce qui précède, et, pour ma part, je vois là le résultat de la différence profonde, *constitutionnelle*, qui existe entre la paralysie générale et les vésanies. Affection essentiellement cérébrale, la paralysie générale, personne ne le conteste, se développe habituellement chez ces individus qu'on peut appeler, avec M. Lasègue, des *cérébraux*. Mais si, au lieu de se développer sur ce fonds cérébral, qui lui est propre, elle se développe par exception sur un fonds vésanique, c'est-à-dire chez un sujet prédisposé par hérédité non pas à la paralysie générale, mais à la folie, il va nécessairement se produire alors ce qui se produit toutes les fois qu'un être organisé, à quelque règne qu'il appartienne, vient à naître sur un terrain qui n'est pas le sien. Ne trouvant pas là des conditions favorables à son éclosion et an parcours régulier de son existence, il ne germe qu'avec peine, son accroissement est lent et pénible, et au lieu d'offrir les traits qui lui sont habituels, il présente des modifications dans son ensemble, des caractères spéciaux qu'il emprunte précisément au terrain étranger sur lequel il a poussé. Ainsi la paralysie générale, anormalement survenue chez un vésanique, c'est-à-dire sur un terrain qui n'est plus le sien, présente des allures toutes spéciales. Il s'établit comme une espèce de lutte permanente entre la tendance vésanique, qui constitue le fonds du tempérament du malade, et sa paralysie générale. Tantôt le fonds vésanique l'emporte, et alors on voit survenir des accès de folie plus on moins bruyants, à type intermittent ou même circulaire ; tantôt c'est la paralysie générale qui prend le dessus et dont les symptômes dominent la scène ; d'autres fois, enfin, une espèce de neutralité ou d'équilibre s'établit, et c'est à ces moments qu'apparaissent les rémissions qui viennent interrompre le cours de la maladie. Ainsi, c'est en quelque sorte de cet antagonisme entre le tempérament vésanique du malade et sa paralysie générale que résulteraient, dans ce cas, les caractères spéciaux qui ont été décrits à l'affection cérébrale, c'est-à-dire les bouffées délirantes qu'elle présente, le ralentissement de sa marche, et en fin de compte sa durée, qui peut atteindre des limites véritablement hors de proportion avec celles qui lui sont habituelles.

Voilà donc, en résumé, la nature des particularités que présente la paralysie générale chez les vésaniques, et voilà, je crois, la façon dont on pourrait les interpréter.

Or, chose remarquable, à part les quelques symptômes qui appartiennent en propre à l'hystérie, tels qu'attaques convulsives, extases, etc., l'observation que je viens de rapporter ressemble à s'y méprendre à un cas de paralysie générale survenue chez un vésanique, et elle en présente les particularités les plus essentielles, telles que chronicité, rémittence, circularité des accès de délire, etc. C'est au point que la même interprétation semble s'imposer dans les deux cas.

Il semblerait donc, et c'est là en fin de compte le point saillant de ce travail, la conclusion à laquelle je désirais aboutir, *il semblerait que l'hystérie exerce vis-à-vis de la paralysie générale, la même action d'arrêt que les vésanies.* Il existerait une sorte d'antagonisme naturel entre la névrose et l'affection cérébrale ; cette dernière se développerait très rarement chez un névropathe, et lorsque, par exception, cela aurait lieu, la paralysie générale, ainsi développée sur un fonds pour ainsi dire incompatible avec son existence normale, subirait les mêmes vicissitudes qu'elle éprouve chez un sujet vésanique, c'est-à-dire qu'elle affecterait des allures délirantes particulières, une marche chronique et rémittente, et une durée véritablement insolite.

Cette explication des particularités remarquables qu'offrent les relations de l'hystérie avec la paralysie générale par une sorte d'antagonisme existant entre les deux maladies n'est, au fond, que rationnelle. Invoquée par Leudet pour éclairer les curieuses relations de l'hystérie avec la tuberculose, elle vient d'être exposée tout récemment encore, sons une forme plus générale et en termes pour ainsi dire analogues, par un médecin des hôpitaux des plus distingués. Au moment même, en effet, où paraissaient, dans la GAZETTE MÉDICALE, les premières pages de cet article, l'UNION MÉDICALE publiait de son côté une remarquable étude de M. Henri Huchard sur l'*Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides* (fièvre typhoïde, affections inflammatoires, traumatisme, rhumatisme, syphilis, scrofule, impaludisme, tuberculose), et, dans cette étude extraite d'un livre sur les névroses qui doit incessamment paraître, l'auteur exprime des idées semblables à celles qui sont développées plus haut. Bien plus, résumant son opinion à ce sujet sous la forme d'une conclusion générale qu'il a bien voulu me communiquer depuis la publication de son étude, M. Huchard dit que pour lui l'hystérie « joue le rôle d'*affection dérivative*, c'est-à-dire que les nombreuses manifestations nerveuses qui la constituent agissent sur les affections organiques du système nerveux par une véritable dérivation pour en retarder la marche et même en arrêter l'évolution ».

On le voit, l'idée est la même, et cette *action d'arrêt* que M. Huchard attribue à l'hystérie vis-à-vis de divers états morbides est bien exactement ce par quoi j'ai essayé d'expliquer les anomalies de la paralysie générale en coexistence avec l'hystérie. L'opinion très autorisée d'un aussi savant confrère ne pouvait que donner à ma propre interprétation tout le poids qui lui manquait, c'est pourquoi j'ai tenu à la reproduire dans cet article, déjà terminé au moment où elle a été émise.

Je le répète donc, cette hypothèse d'une sorte d'antagonisme existant entre l'hystérie et la paralysie générale, antagonisme qui semble résulter du cas intéressant rapporté plus haut, et qui trouve en quelque sorte son analogie dans la clinique médicale proprement dite, ne peut paraître, au fond, que rationnelle. Or, si elle est confirmée plus tard par de nouvelles observations, s'il vient à être démontré que le tempérament hystérique est en effet un terrain défavorable à la paralysie générale, qui n'y germe que très rarement et d'une façon tout anormale, le fait, ainsi établi, pourrait avoir des conséquences extrêmement importantes. En déterminant d'une façon précise quelques-unes des affinités et des incompatibilités pathologiques de la paralysie générale, il contribuerait à faire faire un pas de plus vers la connaissance exacte de cette affection ; en même temps, il fournirait, au moins en partie, une solution logique de ce problème scientifique tant de fois posé et si peu résolu : « *Pourquoi la paralysie générale est-elle beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme ?* » Très fréquente chez ce dernier, où elle trouve le plus habituellement ce terrain cérébral qui lui est si favorable, elle le serait incomparablement moins chez la femme, précisément parce que le fonds nerveux qui prédomine chez elle s'opposerait en quelque sorte à son développement.

Tels sont les points principaux que soulève le problème de la *coexistence de l'hystérie avec la paralysie générale*. Je n'ai pu que les indiquer d'une façon sommaire dans cet article, mais ils seront très prochainement repris et étudiés, avec tous les développements qu'ils comportent, dans une thèse actuellement en préparation dans le service de la clinique des maladies mentales, celle du docteur Charrière. Aussi bien, ce n'est là qu'une des faces de la question si intéressante *des rapports qui unissent la paralysie générale et l'hystérie*. Il en est une autre, celle du *diagnostic différentiel de ces deux affections*, déjà effleurée par quelques auteurs, qui mérite une description spéciale, c'est elle que je compte étudier dans un prochain article, complément naturel des quelques considérations que je viens d'émettre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Rein.

I. MALADIE DE BRIGHT ET HYPERTROPHIE CARDIAQUE, par ZANDER (1). — II. DU SARCOME PRIMITIF DES REINS, par F. NEUMANN (2). — III. CONTRIBUTION A LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DU REIN, par M. STRÜBING (3).

Depuis Bright, un grand nombre de théories ont été imaginées pour rendre compte de l'hypertrophie du ventricule gauche qu'on observe dans la plupart des cas de néphrite interstitielle chronique (petit rein rouge atrophique). Aucune de ces théories n'a échappé à des critiques fondées, et à l'heure actuelle aucune d'elles ne s'étaye sur des arguments propres à entraîner la conviction. Nous nous trouvons toujours placés entre deux opinions contradictoires : celle qui subordonne l'hypertrophie cardiaque à l'atrophie rénale et à la suppression fonctionnelle qui résulte de cette atrophie, et celle qui fait de la lésion rénale et de l'hypertrophie cardiaque deux effets concomitants d'une même cause. Cette théorie a été récemment défendue avec beaucoup d'habileté par MM. Debove et Letulle qui placent la cause commune de l'atrophie rénale et de l'hypertrophie cardiaque dans une *diathèse fibreuse*, frappant surtout le système vasculaire.

Les partisans de la première théorie, qui fait de l'hypertrophie cardiaque une conséquence de l'atrophie des reins, ne s'entendent absolument pas sur le mécanisme par lequel l'atrophie du parenchyme rénal engendre l'hypertrophie des parois du ventricule gauche (car c'est à ce compartiment qu'est bornée en général cette hypertrophie cardiaque dans la néphrite interstitielle chronique). Il serait trop long d'exposer ici les diverses opinions émises à cet égard. Je me bornerai seulement à rappeler qu'une théorie très en faveur dans ces derniers temps représente cette hypersarcose des parois du ventricule gauche comme une lésion compensatrice nécessitée par l'insuffisance des fonctions rénales. Par suite de l'atrophie des reins, le cœur gauche éprouve de plus grandes difficultés à faire passer par cet émonctoire une même quantité d'urine ; de plus, les éléments de ce liquide et en particulier l'urée s'accumulent dans le sang et agissent sur le muscle cardiaque pour stimuler son activité. Ce surcroît de travail engendre l'hypertrophie du ventricule gauche.

On s'est efforcé de donner à cette théorie l'appui de l'expérimentation, et cela en démontrant que chez des animaux, lapins, cobayes, l'extirpation ou l'atrophie d'un rein entraîne l'hypertrophie du rein du côté opposé et, en outre, l'hypertrophie du ventricule gauche. Entre autres expérimentateurs qui ont cru faire cette preuve, nous citerons Gravitz et Israël en Allemagne, M. Straus en France. Les recherches de Zander ont abouti à des résultats inverses. Zander a pratiqué la néphrectomie unilatérale sur quarante-neuf lapins, les uns jeunes, les autres adultes, qui ont survécu à cette mutilation. Chez aucun d'eux il n'a trouvé d'hypertrophie du cœur, alors même que l'animal n'était sacrifié que plusieurs mois après l'opération ; or la plupart des animaux néphrectomisés par Zander avaient déjà atteint un certain âge, et, d'après Gravitz et Israël, ce n'est que chez les jeunes lapins que l'hypertrophie cardiaque fait défaut à la suite de l'extirpation d'un rein.

D'un autre côté, Zander a reconnu que, chez les animaux privés d'un de leurs reins et revenus à un état de santé parfaite, il n'y a pas d'élévation de la pression intravasculaire, et il n'y a pas non plus d'accumulation d'urée dans le sang, deux phénomènes qu'on observe chez les individus de notre espèce affectés de néphrite interstitielle chronique. D'où il conclut, avec beaucoup de sagesse, que les conditions créées par cette maladie chez l'homme ne sont en rien assimilables à celles qu'on réalise en enlevant un rein à un animal, et qu'on ne saurait déduire des résultats fournis par une telle expérience le mécanisme pathogénique de l'hypertrophie du ventricule gauche dans la néphrite interstitielle atrophique.

Faisons remarquer que Gravitz et Israël avaient adopté en principe la constance du rapport :

$$\frac{\text{Poids des deux reins}}{\text{Poids du cœur}} = 3$$

pour conclure à l'existence d'une hypertrophie cardiaque lorsque chez un animal néphrectomisé le rapport du poids du rein (laissé en place) au poids du cœur dépassait 3. Zander, qui a contrôlé les prémisses en question, a constaté que le poids des deux reins divisé par le poids du cœur était loin de donner une constance. Quant aux expériences de M. Straus, elles consistaient à développer l'atrophie d'un rein en liant son uretère, et des auteurs comme Litten ont pris la peine de démontrer que l'atrophie rénale qui prend naissance dans de telles conditions n'est en rien comparable au processus anatomique de la néphrite interstitielle. D'autre part, M. Straus, pour affirmer l'existence de l'hypertrophie cardiaque, se base sur des différences de poids qui se chiffrent par des *décigrammes*. Le poids moyen du cœur des cobayes ayant subi la ligature de l'un des uretères fut trouvé de 28 gr. 76, tandis que ce poids moyen n'était que de 28 gr. 25 chez des cobayes sains. Différence en moins : 0,850, (50 centigrammes). Il faut convenir que lorsque, dans la néphrite interstitielle chez l'homme, le cœur se donne la peine de s'hypertrophier, il y va avec moins de réserve.

— M. F. NEUMANN relate un cas de sarcome du rein, variété de tumeur maligne dont la nature histologique ne nous est connue que depuis un petit nombre d'années. Aussi les observations de sarcomes du rein publiées jusqu'à ce jour sont-elles en petit nombre, et on n'en trouve nulle mention dans l'excel-

(1) DEUT. ZESTCHRIFT. FÜR KLIN. MEDIC., t. IV, p. 101-179. 1882.
(2) DEUT. ARCHIV. FÜR KLIN. MEDIC., t. XXX, p. 377. 1882.
(3) Ibidem, t. XXIX, p. 579. 1881.

lente thèse sur le cancer du rein de mon ami M, le docteur E. Neumann (de Paris) (1). Son homonyme F. Neumann a relevé les principaux exemples connus de sarcome du rein; déjà M. Labadie-Lagrave avait pris ce soin dans son article *Rein* du NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE PRATIQUE. L'observation inédite de F. Neumann est relative à un enfant de cinq ans; elle reproduit dans ses traits essentiels le tableau clinique réalisé par ce genre de tumeur. On sait que le sarcome du rein a été rencontré surtont chez des enfants, qu'il est snjet à une croissance rapide qui lui permet d'atteindre un volume et un poids considérables (jusqu'à 10 kilog.); il en résulte une dislocation du rein qui est entraîné vers le petit bassin. La tumeur est indolente on peu douloureuse; elle donne lieu à des accidents de compression variahles qui n'ont rien de caractéristique. Ces quelques mots laissent deviner les difficultés du diagnostic.

Dans l'observation en question, le petit malade succomba dans le marasme, avec les signes d'un œdème pulmonaire; c'est là le mode de terminaison habituel. La tumeur rénale mesurait 12 centim. en longueur et 10 centim. en travers; elle avait une teinte brunâtre, une consistance spongieuse, ne renfermait pas d'éléments musculaires ni restes de tissu rénal; sa structure était celle d'un sarcome à cellules fusiformes.

— STRÜBING rapporte une observation de dégénérescence kystique du rein droit chez une femme de 51 ans, lésion dont on ne connaît encore qu'un petit nombre d'exemples et dont la symptomatologie est très obscure. La femme en question avait eu la fièvre intermittente à l'âge de 18 ans, et, depuis lors, elle était sujette à des points de côté dans l'hypochondre gauche. Plus tard, elle fit plusieurs fausses couches à l'occasion desqnelles elle perdit beaucoup de sang. A part cela, elle était d'une honne santé. Dans sa quarante-neuvième année, elle eut une première hématurie, puis elle présenta, à des intervalles assez rapprochés, de l'œdème fugace autour des malléoles; elle fut prise de douleurs dans la région lombaire gauche, de dyspnée; ses forces tombèrent. En 1878, quand elle entra à l'hôpital, elle avait un aspect cachectique; l'urine, dont la quantité des vingt-quatre heures était diminuée, renfermait de l'albumine; dans chaque flanc on découvrait à la palpation une tumeur partant du rein pour envahir l'hypochondre; le cœur était hypertrophié. Dans la suite, la malade présenta les symptômes d'un catarrhe chronique de l'estomac, et de l'ictère qu'on rattacha à l'extension du catarrhe au duodénum; les symptômes gastriques et l'ictère se dissipèrent simultanément. Enfin, à l'âge de 51 ans, la malade succomba dans le marasme. De son vivant, on avait mis en avant l'idée d'un cancer des reins. A l'autopsie, on trouva les glandes rénales en état de dégénérescence kystique. Le rein, du côté droit, mesurait 20 cent. en longueur, 7 cent. en épaisseur et 11 cent. en largeur; il était fixé par des adhérences solides au foie, au colon ascendant et aux circonvolutions voisines. Sa surface était parsemée de bosselures atteignant jusqu'au volume d'une noix. En sectionnant l'organe, on donna issue à une grande quantité de liquide en partie clair et jaune, en partie louche et noirâtre. Le parenchyme rénal était transformé en une série de kystes dont le volume atteignait jusqu'aux dimensions d'un œuf de poule. La surface interne de ces poches kystiques était parfaitement lisse et sillonnée de petits vaisseaux. Même état à gauche. L'analyse du liquide fit découvrir de la cholestérine, de la sérum-albumine et de la globuline, de l'urée (6 grammes par 100 cc).

A propos de cette observation, l'auteur rappelle que nous sommes encore dans l'ignorance du mécanisme qui préside à la dégénérescence kystique du rein chez le fœtus et chez l'adulte; passant en revue les principaux faits de dégénérescence kystique dn rein (chez des adultes) publiés jusqu'à ce jour, il examine la valeur diagnostique des principaux symptômes qu'on trouve mentionnés dans ces faits.

(1) Thèses de Paris, 1873.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilome (gomme) des reins, diagnostiqué depuis six ans; mort à la suite d'un phlegmon traumatique; autopsie, par SEILER (DEUT. ARCHIV. FUR KLIN. MEDICIN, t. XXIX, p. 606, 1881).

Cancer du rein et de la glande thyroïde, par EBSTEIN (*Ibid.*, t. XXX, p. 399, 1882).

Carcinome fongueux du rein, par ISRAEL (VIRCHOW'S ARCHIV, t. LXXXVI, p. 359, 1881).

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 janvier. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — DE LA CRISE HÉMATIQUE, DANS LES MALADIES AIGUES A DÉFERVESCENCE BRUSQUE. Note de M. G. HAYEM.

Commissaires : MM. Milne-Edwards, Wurtz, Vulpian, Robin, Marey.

La fin des maladies aiguës s'accompagne d'une modification subite et profonde dans la constitution anatomique du sang. Ce phénomène présente, par sa constance, par l'époque de son apparition, par son intensité, par sa dnrée éphémère, les caractères d'une véritable *crise*.

Il existe donc, en même temps que la crise thermique, la crise urinaire, une *crise hématique*, dans le sens moderne qu'on doit attacher au mot *crise*.

Dans cette première communication, nous ne comprendrons que les faits relatifs aux maladies aiguës à défervescence brusque, sans complication et terminées par la guérison. D'autre part, comme l'examen du sang révèle, même lorsqu'il est pratiqué uniquement à l'aide des procédés anatomiques, deux ordres d'altérations, celles qui portent sur la proportion des éléments et celles qui en atteignent la qualité, nous simplifierons encore cette étude en tenant compte presque exclusivement des fluctuations dans le nombre des éléments. Nous ne ferons intervenir, parmi les altérations qualitatives, que les fluctuations dans le contenu des globules en hémoglobine.

La crise hématique est caractérisée essentiellement par une accumulation passagère d'hématoblastes dans le sang.

A l'état normal, on compte en moyenne un hématoblaste contre vingt globules rouges Tant que le sang évolue normalement, cette proportion reste à peu près constante. Dans le cours des maladies aiguës, le nombre des hématoblastes devenant relativement plus grand, elle s'abaisse sensiblement. Elle est alors représentée par des chiffres qui varient entre 18 et 12.

Puis tout à coup, à un certain moment, le nombre des hématoblastes augmente rapidement, tandis que celui des hématies

reste à peu près invariable. En quarante-huit heures, le chiffre des hématoblastes est doublé; mais, vingt-quatre heures plus tard, il a déjà beaucoup diminué et il ne tarde pas à revenir d'une manière définitive à son point de départ. Il en résulte que, lorsqu'on représente les fluctuations dans le nombre des éléments du sang sous une forme graphique, la courbe des hématoblastes prend l'apparence d'un pic à sommet très aigu.

La crise hématique ne fait jamais défaut; elle est, de plus, si régulière dans son évolution qu'elle peut être mise à cet égard en parallèle avec la crise thermique.

Nous insisterons sur deux points principaux:

1° La crise hématique débute vers la fin de la maladie, en général, au moment où la température fléchit; elle atteint presque toujours très exactement son fastigium le jour où la température redevient pour la première fois physiologique, c'est-à-dire dès que la défervescence est complète.

Dans les fièvres éruptives, telles que la scarlatine et la rougeole, lorsque, après la défervescence qui suit la période d'éruption, les malades conservent une température fébrile, la crise hématique atteint son acmé à la fin de la défervescence relative qui suit l'éruption.

2° Quels que soient le nombre initial des hématoblastes et celui des globules rouges, le rapport anormal constaté entre ces éléments à l'époque de la plus forte accumulation des hématoblastes est représenté presque toujours par le même chiffre.

Il est en moyenne de sept, et il n'oscille que dans d'étroites limites, comprises entre huit et six.

Ces modifications quantitatives dans la constitution du sang, observées pendant le cours de la défervescence critique, ont une signification précise.

En nous appuyant sur nos recherches antérieures, nous en proposerons l'interprétation suivante :

Pendant le cours des maladies aiguës, la rénovation sanguine est entravée; elle est, en tout cas, moins active qu'à l'état sain. Mais, au moment où le cycle morbide arrive à son terme, il se fait un effort de réparation qui débute par une production abondante de globules rouges nouveaux, c'est-à-dire d'hématoblastes.

Bientôt ces éléments, encore imparfaitement développés, se transforment en hématies, et la proportion entre les hématoblastes et les globules rouges redevient progressivement normale. Ce n'est toutefois qu'au bout d'un temps relativement assez long, alors que les malades sont en pleine convalescence, que l'équilibre sanguin se rétablit complètement.

Dans toutes nos observations, deux faits très importants confirment cette interprétation. Ils nous sont révélés par l'étude des fluctuations dans le nombre des hématies d'une part, et de l'autre par celle des modifications de la richesse de ces éléments en matière colorante.

En effet, l'augmentation dans le nombre des hématoblastes est suivie, comme après les pertes de sang, d'une multiplication notable des globules rouges.

Ceux-ci atteignent, en général, leur minimum au début de la crise hématique, au moment où les hématoblastes commencent à s'accumuler dans le sang; puis ils se multiplient progressivement pendant le cours même de la crise et surtout au fur et à mesure que les hématoblastes retombent à leur chiffre initial.

Mais ces globules rouges de nouvelle formation sont moins riches en hémoglobine que les hématies normales et adultes. Aussi la valeur globulaire, peu influencée pendant le cours de la maladie, diminue-t-elle assez brusquement d'une manière notable sous l'influence de la néoformation d'éléments qui restent pendant un certain temps incomplètement développés.

Le sang présente alors les caractères de l'anémie légère ou de moyenne intensité, et il les conserve pendant toute la durée de la convalescence.

La crise hématique est donc, en définitive, un fait d'évolution; elle représente l'effort de réparation sanguine qui survient à la fin des maladies aiguës.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature de M. Andouard (de Nantes) et de M. le docteur Charles Dubreuilh (de Bordeaux), qui sollicitent le titre de membre correspondant national.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bussy, l'un de ses plus anciens membres et l'un de ses anciens présidents. M. Gavarret s'exprime en ces termes :

« Mes chers collègues,

« La semaine dernière, l'Académie a été cruellement frappée; elle a perdu un de ses membres les plus éminents. Le moment n'est sans doute pas venu de vous présenter un exposé même très succinct des beaux travaux de M. Bussy : il me sera pourtant permis de rappeler que la découverte de l'acide sulfurique anhydre, la découverte du magnésium, la liquéfaction par le froid de l'acide sulfureux lui ont conquis et lui assurent une place élevée dans la science.

« Agrégé de la Faculté de médecine, professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie, directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie de médecine depuis plus d'un demi-siècle, membre de l'Académie des sciences, M. Bussy avait conservé jusqu'aux derniers moments d'une carrière longue et si bien remplie, le libre usage de ses forces physiques et l'intégralité de ses facultés intellectuelles. Une maladie de quelques jours l'a emporté à quatre-vingt-huit ans, et il s'est éteint plein de jours, comblé d'honneurs mérités, entouré de l'estime générale, de l'affection et du dévouement de tous les siens.

« Dans cette enceinte, M. Bussy comptait autant d'amis que de collègues. En signe de deuil et comme juste hommage rendu à la mémoire de son ancien président, l'Académie sera d'avis de lever la séance. »

Après la lecture de l'allocution de M. le président Gavarret, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le Roy de Méricourt sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

Dans sa séance précédente, la Société a décidé que les sujets de mémoires pour les prix seraient : pour le prix Demarquay : *Étiologie de l'érysipèle*; pour le prix Gerdy : *Des tuberculoses localisées au point de vue chirurgical*. Les mémoires devront être remis avant le 15 novembre 1883.

— M. NICAISE, à propos des résections tibio-tarsiennes, présente une pièce provenant d'une femme de 51 ans, morte dernièrement à l'hôpital Laënnec. Cette femme avait eu une fracture du cou-de-pied avec luxation du pied en dehors; la consolidation s'était faite dans une position vicieuse; c'est pour cela qu'elle entra dans le service de M. Nicaise qui se proposait de l'opérer, lorsqu'elle succomba à un érysipèle grave, compliqué de pleurésie.

Voici quelles sont les lésions que l'on trouva à l'autopsie, au niveau de la luxation : les vaisseaux n'étaient pas déchirés; seul, le tendon du jambier postérieur a été rompu ; l'extrémité inférieure du tibia était arrachée; la malléole externe rompue était entraînée

en haut, en arrière et en dehors; l'astragale était dévié de telle sorte que sa face supérieure regardait en dehors; l'extrémité inférieure du péroné était interposée entre la face supérieure de l'astragale et le tibia, et il y avait fusion de ces trois os. Il est évident que la soudure de ces trois os, qui est très résistante, aurait rendu l'opération très difficile.

M. Verneuil : On voit nettement sur cette pièce que les tendons des péroniers n'auraient servi qu'à dévier le pied en dehors, et pour éviter cet accident il aurait fallu les réséquer.

M. Larger : Je crois que dans une lésion de ce genre il est difficile de se prononcer d'une façon absolue sur l'avenir fonctionnel des muscles lésés, et ce n'est pas toujours eux qui sont la cause première de l'impotence. Ainsi, j'ai vu une fracture du radius qui fut compliquée de la rupture du nerf cubital; il y eut consécutivement une atrophie des muscles desservis par ce muscle, atrophie qui finit par guérir avec l'emploi de l'électricité.

Je crois qu'il vaut mieux réunir les tendons lésés, et ne pas sectionner les antagonistes, car les muscles peuvent reprendre leurs fonctions au bout d'un certain temps.

— M. Labbé présente une jeune fille de 20 ans atteinte d'une tumeur éléphantiasique de la face, et il demande à la Société son opinion tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue opératoire. Cette tumeur a débuté à l'âge de 13 mois, au niveau de l'angle interne de l'œil, elle a augmenté progressivement et elle devint assez volumineuse pour nécessiter une opération qui fut pratiquée à l'âge de cinq ans. Quelque temps après, la tumeur a récidivé et aujourd'hui elle est très volumineuse, retombe sur l'œil qui est sain, et descend jusqu'à la partie moyenne de la joue.

M. Verneuil pense qu'il s'agit là d'une variété de tumeur qui a été décrite il y a 25 ans par Valentine Mott sous le nom de *pachydermocèle*; on les a aussi décrites sous le nom d'*éléphantiasis mou;* aujourd'hui, leur structure est connue : ce sont des névrômes plexiformes considérables, renfermant beaucoup de tissu fibreux; telle est l'opinion de M. Verneuil, qui pense qu'il y a lieu de faire une opération.

M. Desprès : Je porterai un autre diagnostic et je crois qu'il s'agit d'un simple éléphantiasis de la face. Etant donné ce diagnostic, je ne crois pas que l'opération la guérisse, car cette affection récidive toujours; néanmoins je crois qu'il faut l'opérer, car on pourra la débarrasser de cette tumeur gênante, au moins pour quelques années.

M. Trélat : L'époque de l'apparition de la tumeur, sa marche, l'apparence extérieure du derme qui est hypertrophié, la sensation que l'on éprouve à la palpation me font penser que l'on a affaire à une tumeur vasculaire du genre des angiômes, ayant subi des transformations, et il y a là une hypertrophie de tous les éléments de la peau. Je ne partage pas l'avis de M. Verneuil, parce que les névrômes plexiformes n'acquièrent pas un volume aussi considérable et la structure de la peau n'y est pas modifiée. D'autre part, dans l'éléphantiasis de la face, il y a conservation des traits qui sont, il est vrai, déformés, mais il n'y a pas cette vaste poche souple que nous avons ici. Dans tous les cas, l'examen histologique de la pièce tranchera la question.

M. Guéniot : En 1870, j'ai présenté à la Société un enfant de deux ans qui portait dans la région sourcillière une tumeur absolument semblable, à part le volume, à celle de la malade de M. Labbé. J'enlevai cette tumeur qui fut examinée au microscope; on la trouva constituée par tous les éléments hypertrophiés de la peau.

M. Terrillon : Il est question d'éléphantiasis, et il ne faut pas confondre les tumeurs qu'en France on appelle éléphantiasis, et qui ne sont que des hypertrophies partielles, avec l'éléphantiasis vrai du scrotum, des membres, etc. Celui-ci est de nature entozoïque et la lésion consiste dans la présence d'entozoaires, de sortes de filaires qui se mettent dans les lymphatiques et les obstruent.

M. Lannelongue : Je suis de l'avis de M. Trélat quant à la nature de la tumeur, et je crois comme lui qu'elle est constituée par une hypertrophie de tous les éléments de la peau; mais je m'éloigne de lui pour ce qui est du point de départ, et il n'y a pas d'argument pour affirmer qu'au début c'était une tumeur érectile, qui se serait transformée plus tard.

Du reste, on observe assez souvent chez les enfants des tumeurs présentant le même caractère que celle de la malade de M. Labbé. Dernièrement, j'ai eu dans mon service une petite fille qui avait une hypertrophie énorme du clitoris et d'une des grandes lèvres. J'ai fait l'amputation du clitoris, et j'ai fait dans la grande lèvre des incisions avec le thermocautère pour modifier la nature du tissu. Ce traitement m'a donné d'excellents résultats et actuellement cette enfant est presque guérie.

M. Labbé ajoute que, d'après les renseignements recueillis, la tumeur de sa malade n'a jamais eu les caractères d'une tumeur érectile.

— M. Gillette lit une observation ainsi intitulée : « Tumeur sarcomateuse récidivée de la région génienne droite, — ablation, — résection d'une partie du canal de Sténon, érysipèle étendu de la tête, vaste collection purulente de la nuque, — guérison sans fistule du conduit parotidien. »

P..., trente-deux ans, tempérament lymphatique. — En 1879, opéré par M. Richet d'une tumeur de la joue droite, sur laquelle il ne peut donner de renseignements; à la suite de cette ablation, il eut un érysipèle très grave de la tête, auquel il faillit succomber.

Récidive de la tumeur en 1880. Celle-ci avait le volume d'une petite noix, dure, avec un certain degré de résistance, moins mobile au-dessous de la peau que sous la muqueuse buccale; à la surface, il y a quelques veinules dilatées.

Opération. Les adhérences sont détachées avec la spatule et le doigt; l'on vit alors que la tumeur s'était développée aux dépens de la parotide accessoire qui accompagne le canal de Sténon. Ce dernier, compris dans la masse, a été réséqué dans une étendue de deux centimètres. L'artère transverse de la face et le nerf facial ont pu être ménagés. Il fut fait involontairement une boutonnière à la muqueuse buccale Suture de la plaie, pansement antiseptique; néanmoins il y eut une suppuration assez intense; le quatrième jour, érysipèle qui ne sembla pas débuter par la plaie opératoire; quelques jours après, vaste collection purulente de la nuque. La plaie de la joue fut cautérisée au nitrate d'argent. Guérison complète au bout de deux mois. Cette guérison s'est maintenue depuis deux ans que le malade a été opéré.

M. Gillette se demande si la boutonnière de la muqueuse est pour quelque chose dans l'absence de persistance de la fistule salivaire; il n'ose l'affirmer, mais tient à rappeler cette coïncidence et à attirer l'attention sur ce fait. Il rapproche ce cas de celui qu'a publié le docteur Michalski (de Charny) dans la Gazette des hôpitaux de 1875 et dans lequel une fistule salivaire traumatique du canal de Sténon, chez un enfant, s'est guérie rapidement à la suite de simples cautérisations avec le nitrate d'argent.

— M. Pozzi lit un rapport sur quatre observations de M. le docteur Millot-Carpentier. Ces observations ont pour sujet des kystes de l'ovaire traités par l'ovariotomie, et sur les quatre cas il y a eu trois guérisons.

— M. Peyrot lit une observation intitulée : *Angiôme fibreux développé chez une femme de 23 ans, dans la loge fibreuse de l'œil droit et ayant entraîné la disparition complète de l'organe.*

Henri Bastard.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

On peut dire que la Société d'anthropologie est d'origine médicale. Fondée en 1860 par Paul Broca et par plusieurs médecins illustres, c'est dans le corps médical qu'elle recrute la plupart de ses membres les plus actifs. Elle doit surtout à son principal fondateur et aux nombreux savants qui sont venus se grouper autour

de lui sa progression si rapide et le rang honorable qu'elle occupe aujourd'hui parmi les Sociétés savantes.

Son but est l'étude scientifique de l'homme et des groupes humains. Son programme s'étend donc bien au delà des études médicales proprement dites par certains côtés et son point de vue diffère essentiellement de celui du médecin. Cependant, par beaucoup de points, les études médicales confinent aux études anthropologiques. D'ailleurs, ne peut-on pas dire du médecin : « Nil *humani* a se alienum putat. »

Nous espérons donc voir accueillir favorablement par les lecteurs de la GAZETTE un compte rendu régulier mais succinct des travaux de la Société d'anthropologie. Nous résumerons particulièrement les communications relatives à l'anthropologie anatomique et physiologique, à la démographie et à la géographie médicale. Nous nous occuperons très peu des travaux concernant l'archéologie et la linguistique. L'ethnographie pourra nous fournir quelques sujets plus intéressants pour nos lecteurs.

Quant à la psychologie, à la sociologie et en général aux questions de l'ordre le plus élevé, la Société d'anthropologie s'y intéresse fort, mais elle ne trouve que rarement l'occasion de s'en occuper avec fruit, car, sur des matières si complexes, il est plus facile de discuter longuement que de parler scientifiquement. Ce sont les hommes les plus autorisés qui savent garder sur ces points la plus grande réserve. La Société d'anthropologie saura persister sans doute dans la voie vraiment scientifique où l'a engagée Broca et ne perdra certainement pas son temps dans des discussions stériles : les médecins et les savants en général se garderont bien d'abandonner leur méthode en entrant dans le domaine de l'anthropologie.

Cela dit, nous pouvons entrer en matière.

— Dans la séance du jeudi 5 janvier, M. Chudzinski a présenté le crâne d'un individu qui accompagnait Ataï, le chef de la dernière insurrection canaque. Ce crâne, extrêmement petit, présente en même temps une *plagiocéphalie* très prononcée. Il se distingue en outre des crânes néo-calédoniens par sa brachycéphalie, par la petitesse de ses mâchoires et de ses dents, ainsi que par la chute prématurée de ces dernières. Les cheveux étaient lisses au lieu d'être crépus, autre caractère qui prouve que le compagnon d'Ataï était de race étrangère. Etait-ce un sorcier, un bouffon, un prêtre ? Sa microcéphalie ne permet guère de lui attribuer de pareilles qualités. C'était, plus vraisemblablement, un idiot pouvant inspirer une terreur superstitieuse.

On sait que la plagiocéphalie consiste en une asymétrie du crâne provenant de la saillie d'un côté du front et de la saillie du côté opposé de l'occiput. Broca regardait cette déformation comme une conséquence du torticolis congénital ou persistant. L'individu dont il s'agit fournirait un nouveau fait à l'appui de cette manière de voir.

—Dans la séance du jeudi 19 janvier, M. G. Delaunay a fait une communication destinée à démontrer l'importance des recherches histologiques en anthropologie. Il a envisagé théoriquement certaines conséquences de l'évolution des tissus. Les vues de cet auteur sur l'évolution ont été l'objet de critiques assez vives de la part de M. Mathias Duval.

Un point tout particulier de cette communication a donné lieu à une discussion sur la couleur de la peau des nègres à la naissance. Il s'est agi de savoir si les négrillons sont noirs ou blancs. C'est une question qui semblerait devoir être tranchée bien facilement; les avis diffèrent néanmoins. M. Topinard, se basant surtout sur les observations faites aux Antilles par M. Lacassagne, a soutenu que les nègres nouveau-nés sont blancs. C'est à peine si l'on pourrait les distinguer des enfants européens à une teinte plus foncée du scrotum, des aisselles, de la nuque et du pourtour des ongles. M. Bordier a soutenu, au contraire, d'après les observations de plusieurs médecins de la marine recueillies dans les vrais pays de nègres, que les négrillons naissent noirs, que la blancheur de leur peau lors de la naissance n'est qu'un phénomène asphyxique dû à certaines mauvaises conditions hygiéniques, mais que la couleur noire ne tarde pas à s'accentuer dès que l'enfant est soumis à l'influence de l'air et de la lumière. On peut dire, en résumé, que la couleur des nègres nouveau nés est un peu plus foncée que celle des enfants blancs, surtout en certains endroits du corps, et que la coloration noire est complète au bout de quelques mois.

L. MANOUVRIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

1° DU PIED-BOT ACCIDENTEL. Thèse de doctorat, par M. ROUTIER, interne des hôpitaux.—Alexandre Coccoz, éd. 1881.

Dans ce court mais fort intéressant travail, M. Routier, sous l'inspiration de M. Verneuil, a étudié une lésion fort intéressante et cependant peu étudiée par les auteurs.

Se basant sur les conditions anatomiques et physiologiques qui président à l'attitude normale du pied et s'appuyant d'autre part sur des faits cliniques nombreux dont la plupart lui sont personnels, l'auteur classe toutes les difformités accidentelles du pied sous quatre chefs, selon qu'elles ont été produites par des lésions du tégument externe, une inégale longueur des membres, des lésions articulaires du pied ou par la rupture de l'équilibre qui existe normalement dans les divers groupes musculaires de la jambe et du pied.

Sous ce dernier chef, l'auteur range une série d'affections qui toutes ont pour résultat éloigné ou prochain la destruction de la fibre musculaire et la prédominance des antagonistes.

Après la paralysie infantile, de beaucoup la plus fréquente, M. Routier cite des cas de lésions intrinsèques des muscles et en particulier des gommes suppurées, des lésions de voisinage (ulcères, abcès), des altérations des nerfs par contusion ou plaie et enfin des attitudes vicieuses.

Le type le plus ordinaire est le varus équin. L'auteur fait une distinction fort utile pour la clinique, selon que le pied-bot est réductible ou irréductible, distinction qui conduit à une thérapeutique des plus rationnelles : dans le premier cas, on le comprend, les bains sulfureux, des séances répétées de massage pourront suffire ; dans le second cas, au contraire, la ténotomie devient indispensable pour éviter ces calus qui constituent si souvent le point de départ de lymphangites à répétition rebelles, pour faciliter la marche rendue plus commode par la position à angle droit et aussi pour favoriser dans cette attitude le rétablissement de la synergie des groupes musculaires.

L'auteur étudie ensuite les conditions et les moyens de l'immobilisation, cite l'excellent appareil que M. de Saint-Germain emploie chez les enfants, signale enfin la nécessité de l'électrisation, du massage et les indications rationnelles fournies par ce dernier.

2° DE LA MORT RAPIDE PAR LE TRAUMATISME CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE NÉOPLASMES PROFONDS, par M. le docteur CERNÉ, ancien interne des hôpitaux, chirurgien des hôpitaux de Rouen. — Thèse de doctorat, 1881.— A. Delahaye, éditeur, Paris.

Si les progrès de la méthode antiseptique ont permis depuis quelques années de modifier si profondément les conditions du milieu et de la blessure, il n'en est pas moins vrai, malheureusement, que le chirurgien se trouve malgré tout abso-

lument désarmé devant l'état constitutionnel du malade, état qui devient pour lui une source d'embarras et une cause de désastres qu'il est trop souvent impuissant à conjurer. Depuis de longues années, la chirurgie française poursuit la recherche de ces états constitutionnels et de leur influence sur la chirurgie, et si ces rapports étaient plus ou moins vaguement connus des anciens, il n'en reste pas moins établi que M. Verneuil et son école ont contribué à modifier profondément les indications opératoires en faisant ressortir ce fait si important, que le chirurgien doit s'appliquer à modifier les états constitutionnels avant de prendre le bistouri et qu'il est préférable, s'il ne peut arriver à ce résultat, de s'abstenir plutôt que de courir devant des calamités chirurgicales.

A la place des idées vagues et confuses des anciens, M. Verneuil a su donner des formules nettes et précises, et ce vaste champ, si peu exploré avant lui, lui fournit à chaque instant des indications précieuses pour la clinique.

Le nouveau travail de M. Cerné trahit de nouveau le sujet incessant des préoccupations de l'éminent chirurgien.

Frappé des morts subites qui surviennent chez des blessés atteints de néoplasmes profonds, l'auteur de ce travail conclut à la nécessité de s'abstenir de toute intervention chirurgicale chez de semblables malades, en s'appuyant sur la similitude absolue entre les lésions traumatiques et opératoires.

L'auteur étudie dans ce travail, basé sur 63 observations, la double influence du traumatisme accidentel et opératoire et, dans chaque groupe de malades, l'action réciproque du cancer sur la blessure et de la blessure sur le cancer.

M. Cerné est arrivé à ce résultat, pour les blessés de la deuxième catégorie, que prés de la moitié des opérés a péri par l'intervention, et que l'autre moitié a succombé à une généralisation le plus souvent rapide.

Un fait curieux à signaler qui ressort de cette étude, et qui confirme l'opinion de Petit dans son travail sur les opérations palliatives, c'est que le trauma portant sur le tissu néoplasique lui-même est moins dangereux que s'il est pratiqué à distance, fait dont on appréciera toute l'importance pour juger de la valeur de la rectotomie palliative linéaire, par exemple, comparée à l'anus artificiel si vanté par les Anglais, et sur lequel M. Trélat vient de faire, il y a quelques jours à peine, une si intéressante communication à la Société de chirurgie.

La question de nature du néoplasme, de sa localisation, d'une part, celle touchant le siège des néoplasmes profonds, leur nombre, leur siège, d'autre part donnent lieu à des considérations intéressantes.

Les symptômes, la pathogénie, sont importants à connaître.

En ce qui touche cette dernière, quel lien existe-t-il entre l'innocuité apparente des néoplasmes profonds et l'explosion d'accidents terribles?

Cerné, en clinicien, constate le fait, le signale, et ne l'explique pas. Nous ne saurions trop approuver cette sage réserve dans l'état actuel de la science.

Nous recommandons beaucoup la lecture du dernier chapitre qui a trait au diagnostic de la généralisation.

Il est le reflet des préceptes de son maître qui insiste toujours sur la nécessité de se livrer à une investigation minutieuse de tous les organes avant de se résoudre à un acte opératoire.

S'appuyant sur la récente thèse de Darolles (1), il fait avec beaucoup de soin pour le poumon le diagnostic entre le cancer, la tuberculose et la bronchite chronique.

En résumé, si le mémoire de Cerné n'a pu augmenter la répulsion déjà si grande pour les opérations dans le cas de néoplasmes profonds, il n'en a pas moins eu le mérite de montrer les accidents mortels qui peuvent résulter de l'intervention dans le cas particulier, d'affirmer une fois de plus l'importance des états constitutionnels en chirurgie et d'ajouter un chapitre nouveau à cette intéressante question.

Dr Picqué.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Dermatologie

I. Étude sur une affection non encore décrite des mains considérée comme eczéma dégénéré, par le docteur Eusèbe Pasquet. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Sous ce titre, M. Pasquet a décrit une sorte d'eczéma des mains. — Mais, vu la symétrie des lésions et quelques symptômes nerveux, l'auteur incline à émettre l'opinion plus générale du système nerveux, c'est-à-dire à regarder les lésions actuelles comme étant l'expression d'une trophonévrose. Sur ce point, l'observation reste à poursuivre.

II. De l'eczéma pilaire, par le docteur H.-J.-S. Hoel. — Paris, Corroz, 1881.

Après avoir élagué de son étude l'eczéma qui n'atteint les régions pilaires que par propagation, et qui n'est qu'un eczéma vulgaire, M. Hoël caractérise l'eczéma pilaire primitif de la manière suivante : croûtes extrêmement adhérentes aux poils qu'elles engloben; fissures nombreuses; durée extrêmement longue; tendance aux récidives plus grande que dans tout autre eczéma; marche chroniquement envahissante. « C'est dans cette forme d'eczéma que la peau tend le plus à s'épaissir, à s'œdématier, à se prendre dans toute son épaisseur ; c'est enfin dans cette forme seule que le follicule pileux s'enflamme et que l'eczéma devient sycosique. » — L'auteur en décrit deux variétés principales : 1o l'*eczéma pilaire simple*, qui peut être *vésiculeux*, *impétigineux*, ou *squameux*; 2o l'*eczéma profond*, pustuleux, qui comprend ce que M. E. Besnier appelle l'*eczéma pilaire récidivant de la lèvre supérieure*, et l'*eczéma sycosiforme*. Ces variétés de l'eczéma pilaire simple et profond, peuvent d'ailleurs n'être que deux périodes de la même affection. Ce travail, dont les éléments ont été recueillis dans le service de M. E. Besnier, et qui s'autorise en même temps du nom de M. Balzer pour les préparations microscopiques et du nom de M. E. Vidal (leçon inédite sur l'eczéma sycosiforme), s'appuie sur trente observations, la plupart personnelles.

III. Etude sur quelques cas de scrofulose tardive, par le docteur Rageot de La Touche. — Thèse de Paris, 1880.

C'est une étude très consciencieuse sur une question encore bien controversée. M. Rageot de La Touche arrive aux conclusions suivantes :

Les manifestations scrofuleuses à l'âge de quarante ans et au delà de cet âge seraient plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement.

Dans le tiers des cas, on ne trouve aucune trace de la maladie dans l'enfance.

L'influence de l'hérédité manquerait chez un certain nombre de sujets.

Les causes qui semblent prédisposer aux lésions scrofuleuses

(1) *Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique.* Th. 1877.

tardives sont, par ordre de fréquence et de puissance : 1o la mauvaise hygiène ; 2o les excès et la misère ; 3o les maladies et surtout les fièvres graves.

Les traumatismes jouent fréquemment le rôle de causes déterminantes, mais ils ne semblent pas être en rapport avec l'étendue des lésions et ils manquent quelquefois complètement.

Le traitement ne donnera de bons résultats que si la diathèse n'a pas atteint la période viscérale.

M. Rageot de La Touche a pris les seize observations qui terminent son travail parmi les convalescents de l'asile de Vincennes, où il était interne.

IV. De la poudre de Goa dans le traitement de quelques affections cutanées, par le docteur Roberto Campana, professeur à l'université de Gênes. (Giornale internazionale delle science mediche, 1880.)

L'auteur considère la chrysarobine comme un excellent remède contre le psoriasis ; il la croit très utile dans le traitement des *syphilodermes* et des *tubercules lupeux* dont elle favorise la résorption, et aussi dans le traitement des tubercules et des macules de la lèpre ; mais M. R. Campana se garde bien de conclure de ses observations et de ses expériences que la poudre de Goa puisse préserver de la récidive de ces diverses affections. Pour ce qui est de la lèpre, il est à noter que la résorption rapide des tubercules et des infiltrations ne provoquerait l'apparition d'aucune manifestation nouvelle et ne troublerait pas l'état général.

V. Sur quelques éruptions provoquées par l'usage interne de l'iodure de potassium, par le docteur Celso Pellizzari, de Florence. (Sperimentale, 1880.)

A l'occasion d'un cas très intéressant d'érythème noueux survenu chez un Sicilien, syphilitique depuis six ans, qui était soumis à un traitement mixte, M. Pellizzari donne, dans ce travail, un aperçu sur quelques-unes des manifestations cutanées qui suivent parfois la médication iodurée : l'acné iodique, les furoncles, le purpura même (Ricord, Virchow, etc.), des éruptions bulleuses, érythémateuses, etc.

VI. Anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer künftigen Onychopathologie, par le docteur Unna.

Cet essai de pathologie unguéale mérite d'être signalé. — Unna sépare nettement les affections du plateau de l'ongle des affections du lit de l'ongle. (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, 1881, p. 3-24.)

VII. Sur un cas de tumeur de la peau à évolution analogue à celle du cancer et à détermination histologique ambiguë, participant des caractères du lymphadénome et du granulome, par M. Ernest Besnier. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1881, p. 637.)

La relation de ce fait on ne peut plus curieux et fort consciencieusement analysé se rattache à la série d'études que M. Besnier a entreprises depuis deux ans sur les *tumeurs de la peau*. Il s'agit ici d'une tumeur qui a évolué cliniquement comme le cancer chez un homme de quarante-neuf ans qui a fini par mourir phthisique.

VIII. Sur un cas d'éléphantiasis des Arabes, par le professeur P. Gamberini. (Giornale italiano delle malattie veneree della pelle, octobre 1881.)

Observation intéressante d'un campagnard de la Lombardie, âgé de trente et un ans, et qui a été soigné à la clinique de Sainte-Ursule, à Bologne. C'est à vingt-deux ans que l'éléphantiasis aurait débuté, à la suite d'une maladie fébrile avec toux et expectoration. L'affection occupe le scrotum, la cuisse droite jusqu'au pied. Le traitement a consisté en doses croissantes d'iodure de potassium, jusqu'à 4 grammes par jour, et sans qu'il y eût jamais aucun signe d'intolérance. En même temps, les régions envahies par les tumeurs éléphantiasiques ont été enveloppées, sauf le scrotum, dans un pansement au silicate de potasse. La diminution a été rapide et très marquée ; si bien que le malade a été transféré à la clinique chirurgicale, où le professeur Loreta a heureusement procédé à l'ablation du scrotum hypertrophié.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

VARIÉTÉS

CHRONIQUE.

Institut. — Lundi dernier, l'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Wurtz. Après l'allocution du président, M. Bertrand, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge de Léon Foucault. Nous ferons connaître, dans notre prochain numéro, les noms des lauréats et les sujets des prix proposés pour l'année prochaine.

***

Association générale des médecins de France. — La Société centrale a tenu dimanche dernier son assemblée générale annuelle sous la présidence de M. Gosselin. L'ordre du jour de ces réunions ne saurait changer, c'est toujours le même cliché ; aussi le nombre des assistants y est peu considérable.

La commission administrative a distribué en secours, durant l'exercice qui vient d'être clos, la somme de 7,250 francs, dont cinquante personnes ont bénéficié. Faut-il se réjouir ou s'attrister de la modicité des secours ainsi dispensés ? La commission administrative seule, qui a sondé les misères secourues, pourrait répondre. Les finances de la Société centrale, sagement administrées par l'habile et dévoué trésorier, sont toujours dans un état prospère ; mais cela ne suffit pas. Une institution de bienfaisance grandit surtout par le bien qu'elle fait, par le nombre d'infortunes qu'elle soulage efficacement. Il est peut-être bon de souhaiter que ce soit principalement dans cette voie et sur ce terrain que s'accusent les progrès et la prospérité de la Société centrale.

***

Le syndicat médical des eaux minérales. — Sous ce titre, il s'est fondé à Paris une société anonyme qui a pour but d'exploiter la vente de quelques sources d'eaux minérales, et la prétention d'intéresser à cette vente des médecins praticiens en leur conférant des parts de jouissance ou une commission déterminée par bouteille d'eau minérale prescrite aux malades. A la tête de cette société, on a le regret de trouver trois noms de médecins. Deux honorables confrères, M. le docteur Schmidt, dans la Revue d'hydrologie médicale, et M. le docteur Janicot, dans le Clairon, ont dénoncé et flétri comme il le mérite, au nom de l'honneur professionnel, ce nouveau mode de spéculation, qui rappelle les associations peu scrupuleuses de médecins et de pharmaciens. Nous nous bornons, pour aujourd'hui, à signaler le fait, à féliciter de leur initiative MM. Schmidt et Janicot, et à prendre rang à côté d'eux dans la campagne qu'ils viennent d'ouvrir.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel sont nommés :

M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée.

M. le docteur Balzer, chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. le docteur Valmont, chef du laboratoire de pharmacologie.

M. Le Noir, préparateur du laboratoire de pharmacologie.

M. Jay, préparateur du laboratoire de chimie biologique.

M. Montigny, préparateur au laboratoire de thérapeutique.

***

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Lacassagne, professeur de médecine légale, est nommé directeur du laboratoire de médecine légale.

M. le docteur Chapuis, agrégé, est chargé d'un cours auxiliaire d'analyse chimique et d'hydrologie.

M. le docteur Tissier, agrégé, est chargé d'un cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Boumir est nommé préparateur du laboratoire de chimie.

— M. le docteur Poncet, agrégé et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient d'être proposé par la Faculté de médecine de cette ville, par 15 voix sur 22 votants, pour la chaire vacante de médecine opératoire.

— M. le docteur Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille, est délégué à la chaire de physiologie de la Faculté de Lyon, pendant l'absence de M. le professeur Picard, en congé.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Laffon est, par arrêté ministériel, chargé du cours de physiologie, en remplacement de M. Morat, délégué à la Faculté de Lyon.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — A la suite d'un excellent concours, M. le docteur Chalot a été nommé à la place vacante de chef des travaux anatomiques.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. le docteur Lévêque, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements, est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant l'absence de M. le professeur Galliet, en congé.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 27 JANVIER AU JEUDI 2 FÉVRIER 1882.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 11. — Rougeole 21. — Scarlatine 2. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 64. — Dysenterie 0. — Erysipèle 4. — Méningite (tubercul. et aiguë) 59. — Infections puerpérales 10. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 17 — Autres affections générales 74. — Malformation et débilité des âges extrêmes 78. — Bronchite aiguë 56. — Pneumonie 146. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 28. — au sein et mixte 32. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 88. — de l'appareil respiratoire 115. — de l'appareil digestif 55. — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 1. — Causes non définies 3. — Morts violentes 37. — Causes non classées 11. — Total de la semaine : 1,289 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

EXOPHTALMOS PULSATILE DE L'ORBITE GUÉRI PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE, par le docteur G. Martin. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

GUIDE DU VACCINATEUR : LES DEUX VACCINS, VACCIN D'ENFANT, VACCIN DE GÉNISSE. In-8. — Prix : 75 cent. — Paris, Adrien Delahaye et E Lecrosnier, éditeurs.

LA MÉTALLOTHÉRAPIE A VICHY CONTRE LE DIABÈTE ET LA CACHEXIE ALCALINE, par le docteur Burq. In-8 — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

LEÇONS SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE L'ALBUMINURIE, par le docteur J.-M. Charcot, recueillies par E. Brissaud. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E, Lecrosnier, éditeurs.

FEUILLES D'AUTOPSIE POUR L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES (hospice de la Salpêtrière, M. le professeur Charcot), par le docteur P. Richer. 2e édition, avec seize fig. — Prix : 75 cent. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

DE L'ARTHRITE AIGUE D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE, par le docteur Brun. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs

---

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 16 février 1882.

Académie de médecine : LE CHLOROFORME.

Mardi dernier, salle comble à l'Académie pour l'élection d'un membre dans la section des associés libres.

Il semblait qu'après cette laborieuse élection, qui ne demanda pas moins de trois tours de scrutin, tont l'intérêt de la séance devait être désormais épuisé.

Mais une communication de M. le professeur Regnault sur le chloroforme permit aux chirurgiens de l'assemblée de formuler de nouveau leur avis sur cette question souvent renouvelée mais toujours intéressante, et imprima à la fin de la séance un intérêt inattendu.

L'éminent chimiste, en prenant la parole, n'avait pas l'intention d'étudier la question dans son ensemble.

Il voulait attirer l'attention des chirurgiens sur l'incertitude du réactif au permanganate de potasse.

On sait que ce procédé consiste dans l'emploi d'une solution de permanganate de potasse additionnée d'une certaine quantité de potasse caustique.

L'agitation pendant dix minutes d'un mélange de 1 cent. cube du réactif avec 5 cent. cubes de chloroforme doit être sans effet sur la couleur violet pourpre du mélange, si le chloroforme est pur; au cas contraire, elle verdit.

Le chloroforme est alors déclaré impur. Or M. Regnault déclare que ce procédé est infidèle « parlant quand il devrait se taire, muet quand il devrait parler », et il cite des cas où un peu d'huile du bouchon à émeri a suffi pour provoquer la réaction déclarée « *pathognomonique* » et où la présence du gaz chloroxycarbonique n'a pu suffire à la déterminer.

Jusqu'à présent, on a paru qualifier de dangereux tout chloroforme impur.

Il serait cependant temps, ce nous semble, de distinguer les impuretés toxiques des impuretés inoffensives, et l'exemple de M. Regnault semble engager le chirurgien non pas tant à se méfier du réactif qu'à mieux interpréter les réponses qu'il fournit. Du reste on peut, à la rigueur, rendre tous les échantillons égaux devant le réactif en les traitant successivement, comme nous l'a dit l'orateur, par l'acide sulfurique et la magnésie.

La coloration verte indique une impureté, mais de quelle nature est-elle ? Tel est le problème.

Il ne nous appartient pas de résoudre cette question chimique.

Qu'il nous soit permis, toutefois, de dire que les impuretés sont de trois sortes :

1. Les résidus de la préparation ;

2. Les impuretés accidentellement introduites dans le liquide ;

3. Les décompositions possibles sous l'action de la radiation solaire.

Le soin qu'on apporte à la préparation du chloroforme, les lavages successifs qu'on lui fait subir avec le carbonate de potasse, les rectifications consécutives au chlorure de chaux permettent de penser que, s'il y a des impuretés, on ne peut les

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE.

Les médecins biographes.

(Suite. — Voir le numéro 3.)

Le Dictionnaire de M. Chereau sur les médecins poètes de la France ne pourrait-il pas rentrer dans ce cadre de la biographie ou plutôt de la bio-bibliographie ?

S'il est regrettable que bien des lacunes et un assez grand nombre d'inexactitudes déparent cet ouvrage original, on ne saurait en faire un reproche à M. Chereau, vu les difficultés d'un travail où l'on est presque sans devancier.

Malheureusement, il existe dans ce volume des taches d'un autre genre et dont l'imprimeur peut sans doute revendiquer sa part. Je fais allusion au nombre immense de vers faux dont les citations sont remplies. Je sais bien que beaucoup de nos confrères, quand ils font des vers, ne poussent pas toujours le rigorisme poétique jusqu'à réclamer constamment pour leurs rimes la consonne d'appui.

Horace, d'ailleurs, l'a dit depuis longtemps :

> .... Pictoribus atque poetis
> Quidlibet audendi semper fuit æqua potestas.

Mais la licence ne doit pas s'étendre jusqu'à faire des hexamètres de quatorze pieds, ou des alexandrins boiteux, ou encore agrémentés d'hiatus déplorables.

Hélas ! on met dans le *Dictionnaire du Parnasse médical français* un assez grand nombre de ces vers au compte de bien de nos confrères. Assurément leurs épaules sont solides ; Apollon doit leur prêter un appui favorable; mais il est cependant à craindre qu'ils ne puissent arriver à soutenir le poids de certains manquements aux règles les plus élémentaires de la prosodie, poids bien lourd pour les nourrissons des Muses.

Cela dit, ces réserves faites, je passe volontiers condamnation pour l'ensemble de l'ouvrage, et je remercie M. Chereau de nous avoir donné le premier un recueil si intéressant, si riche, si rempli. Espérons que le bibliothécaire de la Faculté de médecine, qu

attribuer qu'à leur introduction accidentelle dans le mélange ou à des produits de décomposition.

Or la propriété que possède le chloroforme de dissoudre avec facilité toutes les matières organiques riches en carbone permettent de comprendre combien peuvent être nombreuses les substances inoffensives introduites dans le chloroforme.

Certes, il pourrait à la rigueur s'en trouver de dangereuses, mais le plus souvent, comme l'a dit M. Regnault, ce seront des traces d'alcool, des corps gras, etc.

Il ne reste donc de dangereux que les produits de décomposition. Or, quels sont-ils?

Il n'en est qu'un, à vrai dire, c'est le gaz chloroxycarbonique appelé encore chlorure de carbonyle ou gaz phosphéne (CO Cl 2) qui se produit sous l'action de la radiation solaire par la combinaison de l'oxyde de carbone et du chlore.

Ce gaz, facilement décomposable sous l'influence de l'eau en gaz carbonique et acide chlorhydrique, ne révèle pas sa présence sous l'action du permanganate; de plus, il est incolore et ne peut changer l'aspect du liquide, mais il a heureusement une odeur suffocante, provoque le larmoiement, et l'on comprend désormais l'importance attachée à l'odeur par MM. Verneuil et Regnault. Pour eux, c'est le vrai réactif, mais comme il n'existe qu'en petite quantité et que l'odeur du chloroforme pourrait masquer celle propre à ce gaz, c'est non au flacon mais sur un linge et après l'évaporation qu'il convient de le sentir. M. Regnault a donc, en résumé, montré l'infidélité du réactif ordinaire, dénoncé le seul principe délétère possible dans le chloroforme et affirmé l'importance qu'il y a à sentir le liquide.

Cette communication, fort importante du reste, n'avait trait en somme qu'à un seul côté de la question.

Mais le débat fut vite élargi, et les orateurs qui prirent successivement la parole exposèrent les diverses causes à incriminer dans les accidents du chloroforme.

M. le professeur Gosselin, tout en admettant la possibilité des idiosyncrasies, accuse surtout le mode d'administration.

Pour lui, les impuretés du chloroforme doivent occuper le 2e rang; en suivant sa méthode qui consiste à ne donner au malade que du chloroforme mélangé à des doses décroissantes d'air, et cela en faisant faire au malade d'abord 6 inspirations de chloroforme et 2 d'air pur, puis 7 et 2, 8 et 2, jusqu'à 120 à 130 inspirations, l'éminent chirurgien déclare que les accidents deviennent de moins en moins fréquents.

M. Verneuil a invoqué ensuite l'état des viscères : le même échantillon, a-t-il dit, fera vomir un dyspeptique, agitera un alcoolique et ne produira aucun effet sur un sujet indemne de tare organique.

M. Perrin s'est manifestement séparé de ses collègues.

L'éminent académicien ne peut croire à l'influence exclusive d'une mauvaise administration.

Les faits particuliers qu'il a observés sont en vérité bien propres à lui faire poser quelques réserves.

M. Perrin, et nous sommes heureux de rendre cet hommage à notre ancien maître, apporte à l'administration de cet agent un soin tout particulier, et cependant il n'a vu d'accidents que depuis une dizaine d'années.

Comment expliquer ces différences? Nous ne saurions le dire, mais les dangers d'une mauvaise administration n'en restent pas moins évidents et les conclusions de MM. Gosselin et Verneuil persistent tout entières.

Comme on le voit, les trois causes possibles ont été invoquées.

Quelle est la vraie ? le sont-elles toutes les trois? Nous ne saurions nous prononcer dans une question qui divise les esprits les plus distingués.

Quoi qu'il en soit, nous dirons avec M. le professeur Gosselin que l'axiome émis par Sedillot en 1851 semble encore vrai aujourd'hui : nous ajouterons toutefois qu'il est nécessaire d'y ajouter avec M. Verneuil la notion de l'individu, et nous ne saurions mieux faire à cette occasion que de renvoyer le lecteur à l'excellent article de M. Bouilly (1), où l'auteur, inspiré des idées de M. Verneuil, pose d'abord la question préalable, en distinguant les ennuis des dangers de la chloroformisation, et fait ensuite la plus grande place à l'influence des lésions viscérales.

(1) Voir Gaz. médicale, no 1, année 1882, l'*Anesthésie chloroformique.*

Picqué.

---

avait inauguré sa carrière médicale par un très bon travail sur un sujet alors presque inconnu, sur les *Maladies de l'ovaire*, saura produire d'autres travaux que l'on peut apercevoir en germe dans ces patientes éphémérides de l'Union médicale, dans ces feuilletons inédits, dans ces études sur Michel Servet, sur Mauvillain, sur Louise Bourgeois, etc., etc.; dans ces nombreuses recherches historiques que bien des journaux sont avides de publier, et dans ces notices biographiques dont le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre augmente tous les jours le nombre.

L'œuf est prêt à éclore. Il est fécondé : qu'il en sorte quelque œuvre sérieuse et durable.

M. Chereau avait eu des précurseurs; il nous le dit lui-même dans la préface de son Dictionnaire.

Les médecins poètes ont eu leurs panégyristes :

« Thomas Bartholin, en 1669, a mis à les défendre son talent comme écrivain et son érudition (1) Mais sa dissertation se réfère bien plus aux renseignements de toute sorte touchant la médecine, qui abondent dans les grands poètes de l'antiquité, qu'aux médecins poètes eux-mêmes. Pourtant les curieux y trouveront, à la fin, une liste intéressante des membres de la profession qui se sont fait connaître par un grand talent en poésie.

« Lizelius (1) et C. Elwert (2) ont rendu hommage aux médecins auteurs de cantiques sacrés.....

« Sue (3), à l'occasion de Procope, parle des médecins qui ont joint aux talents d'Esculape ceux de Thalie.

« Sous le titre de *Notice sur quelques poèmes médicaux*, Alibert, avec son talent ordinaire, avec l'élégance qui caractérise tous ses écrits, a fait ressortir les beautés qu'on trouve dans les compositions rimées de Fracastor, de Sainte-Marthe, de Claude Quillet, de Hallor, de Flemyng (4). »

(1) Thomæ Bartholini. *De medicis poetis Dissertatio.* Hafniæ, 1669, in-12 de 149 pages.

(1) *De poetis medicis sacræ scripturæ interpretibus commentatio.* Spiræ, 1743, in-4.

(2) Pierer. Allgem. med. Annalen, 1821, p. 786.

(3) *Anecdotes médicales*, t. II, p. 38.

(4) *Le Parnasse médical français*, préface, p. vi-vii.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS.

Leçon de M. JULES SIMON à l'hôpital des Enfante, recueillie par M. VARÈLE et revue par le professeur.

Messieurs,

Si la diarrhée eet un phénomène morbide que vous rencontrez très fréquemment chez les enfants; s'il est, pour ainsi dire, nn sujet de tons les jours, cela tient à ce que l'estomac et l'intestin sont de notre économie lee organes que noue respectons le moins, adultes ou enfants.

Nous les eurmenons, chez ces derniers, comme à plaisir et de tontes façons, par une alimentation intempestive, insuffisante ou trop abondante, trop froide ou trop chaude, par des liquides souvent bouillants, par des aliments acides ou féculents. Aussi l'enfant du premier âge, n'étant sontenu que par la nourriture qui lui est donnée, est-il plus facilement atteint d'accidents diarrhéiques.

On dit qu'il y a diarrhée, lorsque les selles sont plus fréquentes qne d'habitude — à l'état normal, le petit enfant va deux ou trois fois par jour à la garde-robe — ou lorsqu'elles sont altérées dans lenrs qualités physiques et chimiques. Mais, avant d'aller plus loin, il faut bien nous entendre snr les différentes diarrhées que nous pouvons rencontrer chez l'enfant et les groupes qu'elles peuvent former eelon leur cause, la forme qn'elles revêtent, etc.

La diarrhée pent être primitive et constituer une entité morbide, ou hien elle est secondaire, survenant pendant le cours on à la fin d'une antre affection telle, par exemple, qu'nne pneumonie, qn'nne rougeole ou autre. Elle peut être aussi légère, intense on grave, sa gravité dépendant de la résistance des forces du petit malade.

Quant anx différentes formes sous lesquelles elle pent ee présenter, nous les avons réunies dans les groupes suivants :

1° *La diarrhée choleriforme* ou *choléra infantile*, qui présente toutes les apparences du choléra par un certain nombre de ses caractères, sans pour cela qu'elle puisse se confondre avec lui; diarrhée très fréquente, colliquative, eéreuse, s'accompagnant de vomissements et de dépression générale.

2° *La diarrhée dysentériforme.* — L'enfant ponr leqnel vons êtes appelé est atteint de dysentérie, disent presque invariablement tous les parents, parce qu'il rend dn sang dans ees garde-robes; mais cela n'est pas suffisant ponr caractériser nne véritable dysenterie, et la selle sanguinolente ou sanglante pent bien n'être qne le résultat d'un saiguement de la mnqueuse intestinale, venant s'ajouter à quelque entérite du gros intestin. La différence est des plus importantes à saisir au point de vue dn pronostic: dans ce dernier cas, en effet, la maladie suit le cours d'une entérite ordinaire, dont la gravité n'a ancun rapport avec celle de la dysentérie proprement dite, comme nous le verrons plus loin.

3° *La diarrhée cérébrale*, c'est-à-dire une diarrhée tout à fait spéciale aux enfants, qui se complique de symptômes cérébraux. C'est ainsi que l'on voit quelquefois des accidents éclamptiques eurvenir à la suite d'une congestion de l'intestin, d'une diarrhée plus ou moins intense, d'une entérite, ainsi que nous le constaterons aussi lorsque nous traiterons avec vous de la question des convulsions chez l'enfant. L'entérite est alors la cause déterminante des phénomènes cérébraux. D'autres fois, la diarrhée et l'attaque éclamptique débutent en même temps, sous l'impression dn froid, l'enfant étant, par exemple, à la promenade. Ou bien encore, parfois, l'attaque précèdera la diarrhée.

En tout cas les accidents cérébraux dépendent, dans la forme qui nous occupe, de l'état morbide des voies digestives; c'est sur cellee-ci que le traitement principal devra porter: « *sublata causa, tollitur effectus.* »

4° *La diarrhée compliquée d'accidents identiques à eeux d'une méningite au début.* — Comme exemple, je vous citerai l'observation d'un enfant plongé dans l'assoupissement avec agitation nocturne, le front plissé, les traits crispés, la respiration et la circulation irrégulières, de la constipation. Etait-ce là une méningite? Non; quelques jours plus tard, il survenait de la diarrhée et l'enfant guérissait bientôt. MM. Riliet et Barthez ont cité une observation identique d'entérite cérébrale à forme méningitique, qui dura trois semaines environ et se termina par la guérieon.

Mais, direz-vous, comment diagnostiquer cette entérite? Comment prévoir cette diarrhée terminale? car la plupart des symptômes seraient en favenr d'une méningite. Oui, sauf le etrabisme et l'inégalité des pupilles qui vons feront défaut, sanf encore le ralentissement du ponls. Aussi, en présence des

---

Corneille Broeckx (d'Anvers) a publié en 1858 une dissertation sur les médecins poètes belges. Il a relevé le nom d'une cinquantaine de versificateurs parmi les médecins de son pays (1).

Corneille Broeckx (1807-1869) a d'ailleurs conquis pour ainsi dire le monopole de la biographie médicale en Belgique, et un ancien secrétaire de l'Académie royale de médecine, M. Tallois, a pu lui décerner le titre de *Père de l'histoire médicale belge*, titre bien mérité non seulement par le nombre et la valeur de ses travaux (Broeckx aurait composé 48 notices biographiques d'après Tallois), mais aussi et surtout en raison du sentiment patriotique dont ses publications sont imprégnées. Il était fier de son pays, et son pays a le droit d'être fier d'un des plus érudits parmi ses enfants (1). Nul n'a mieux fait ressortir le rôle de la Belgique dans l'avancement des sciences. Peu de temps avant sa mort, il écrivait encore ces lignes: « Des investigateurs infatigables..... ont prouvé que notre petit coin de terre n'avait rien à envier, sous le rapport des sciences, des lettres et des arts, aux nations les plus favorisées; les sciences médicales n'y ont pas contribué pour la part la moins large: il suffit de citer les noms de Vésale, le créateur de l'anatomie; de Dodoens, le père de la botanique et de l'horticulture en Belgique; de Condenborg, le père de la pharmacie belge; de Van Helmont, le célèbre réformateur médical, auteur du *Vitalisme organique*; de Palfyn, l'inventeur du forceps; de Réga, dont les ouvrages contiennent les principes fondamentaux de la doctrine du célèbre Broussais, et de tant d'autres médecins remarquables, etc. »

(1) C'est déjà un chiffre respectable. Et nos confréres de Belgique n'ont pas cessé, après la mort de Broeckx, de sacrifier à la muse, car je ne crois pas me tromper en signalant le professeur de thérapeutique de l'université de Bruxelles, le rédacteur principal du JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, le docteur Van den Corput, comme l'auteur de bien des poésies charmantes.

(1) Assurément la mention que je fais ici de Corneille Broeckx aurait dû être une notice détaillée, mais Pétrequin a si bien rempli cette tâche que je n'ai qu'à renvoyer mes lecteurs aux feuilletons de la GAZETTE MÉDICALE de 1870 On pourra faire aussi une connaissance plus complète de l'érudit médecin anversois en parcourant la collection des ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

phénomènes cérébraux et de la constipation, agirez-vous sagement en ne faisant pas un diagnostic immédiat précis, mais en émettant certaines réserves avant de vous prononcer nettement.

5° *Diarrhée lientérique et diarrhée catarrhale.* — La diarrhée simple, lientérique, se reconnaît à l'aspect des matières, qui renferment les aliments en nature tels qu'ils ont été pris par l'enfant ou incomplètement digérés. Si l'enfant est à la mamelle, vous trouverez dans les garde-robes des caillots blancs, gris ou verdâtres, au milieu des produits d'une sécrétion muqueuse, épithéliale, de consistance molle, tandis que le lait convenablement digéré doit fournir des selles qui ont l'aspect d'œufs brouillés. Chez les enfants plus âgés, les aliments, plus consistants, sont également rendus en nature. Nous devons aussi vous signaler la fréquence des selles.

Mais le ventre n'est ni plus chaud ni plus dur qu'à l'état normal; les veines sous-cutanées de l'abdomen ne sont pas plus distendues que d'habitude. Quelquefois il y a bien un peu de météorisme, de ballonnement résultant d'un développement de gaz intestinaux, mais sans aucune inflammation. Le pouls est normal, la fièvre nulle. En somme, on est en présence d'un trouble digestif se terminant par de la lientérie.

Dans la diarrhée catarrhale, il existe une hypersécrétion bilieuse et de l'embarras gastrique qui viennent se surajouter à la lientérie. L'enfant a quelques coliques sourdes, le ventre est un peu météorisé, sans chaleur, ni tension, ni veinosité sous-cutanée anomale, excessive. Les selles sont plus fréquentes, plus molles, parfois même liquides, constituées par une sécrétion muco-bilieuse et glaireuse renfermant aussi des produits épithéliaux, quelquefois un peu de sang, des aliments non digérés, ainsi que des corps gras et un peu d'albumine. Aussi sont-elles une source d'épuisement et d'amaigrissement assez rapide de l'enfant. Ces selles sont généralement verdâtres. Il n'existe là encore aucune inflammation.

Cependant cette diarrhée s'accompagne quelquefois d'un certain état fébrile, rémittent le soir; le foie, plus volumineux que d'habitude, est atteint d'une hypersécrétion plus ou moins prononcée, ou bien le canal cholédoque est le siége de spasmes tels que les garde-robes sont alors décolorées. D'autres fois, ce qui n'empêche pas les phénomènes rémittents, la langue est celle que l'on retrouve dans l'embarras gastrique aigu et la physionomie de l'enfant revêt l'aspect bilieux. Dans d'autres cas encore, les accidents simulent une fièvre intermittente.

Chez un enfant très petit, qui n'est pas encore sevré, il faut chercher tout d'abord dans les *ingesta* la cause de la diarrhée, puis dans la vie habituelle de la nourrice, dans l'état de sa menstruation, dans son tempérament, dans son alimentation, dans un lait plus âgé que l'enfant, s'il s'agit d'une nourrice mercenaire, dans un lait trop rare ou trop abondant, trop pauvre ou trop riche.

De plus, l'enfant est-il allaité artificiellement, il acquiert par là d'autant plus de chances d'avoir des indigestions, soit que le biberon ait été mal entretenu, soit par la provenance du lait, pur, coupé ou frelaté, soit encore que les parents ou les gens chargés d'élever l'enfant lui donnent comme nourriture toute autre chose que du lait. Une alimentation vicieuse, fautive, mal comprise, est en effet l'une des causes les plus fréquentes de la diarrhée lientérique ou catarrhale et conduit à l'entérite.

Chez d'autres enfants, la diarrhée sera le résultat d'une mauvaise hygiène, de repas mal réglés, ou bien encore d'une impression de froid en ce sens que le petit être, habillé en dépit du sens commun, aura été d'habitude insuffisamment couvert, sous le prétexte absurde de vouloir en faire un homme robuste. C'est ainsi qu'on le laissera le jour comme la nuit, pendant l'hiver, dans une pièce sans feu, pour l'habituer, dit-on, à la dure. Tandis que la raison, les lois d'une hygiène sage et bien comprise, exigent que l'enfant soit couvert suivant la température du milieu où il se trouve, sinon l'impression du froid, d'autant plus facilement ressentie que l'enfant est plus jeune, déterminera une action fâcheuse sur l'organe hépatique, ainsi qu'une congestion plus ou moins intense du tube digestif. C'est alors que l'enfant non seulement ne s'alimentera plus, mais encore perdra rapidement ses forces.

L'abus des bains, leur durée prolongée et leur température insuffisante peuvent encore déterminer la diarrhée; aussi conseillé-je toujours bien plutôt de laver les petits enfants que de les baigner réellement.

En plus de toutes les causes que je viens d'énumérer, j'ajouterai que la diarrhée est plus fréquente l'été que l'hiver, qu'elle peut être aussi le résultat soit de l'encombrement des enfants dans les collèges, dans les salles d'asile, soit de leur habitation dans un milieu vicié, concentré ou épidémique.

L'influence de la dentition, invoquée par certains médecins, a été niée par d'autres. Pour moi, j'ai remarqué qu'il y avait des enfants — je ne dis pas tous, mais un certain nombre —

(Préface de la *Médecine pratique* de I. Yperman. Anvers, 1867, p. 1.)

De tous ceux qui ont écrit sur les médecins-poëtes, le plus connu et celui qui mérite la palme, c'est Etienne Sainte-Marie. Né à Sainte-Foy, près de Lyon, en 1777, Sainte-Marie alla étudier la médecine à la Faculté de Montpellier, où il soutint, en 1803, une thèse *sur les maladies par imitation (de morbis ex imitatione)* (1). Sainte-Marie revint exercer la médecine à Lyon. Dès l'année 1809 (M. Chereau dit 1812), il prononça dans une séance du Cercle littéraire de Lyon un discours sur les médecins-poëtes, et quelques années après (le 18 mai 1813) il lut dans une séance publique de l'Académie de Lyon un autre discours sur la *Littérature du médecin* (2).

Mais ce fut en octobre 1825 que parut sa fameuse *Dissertation sur les médecins-poëtes* (1) « modèle qui n'a pas été dépassé ». Sainte-Marie mourut en 1829, à Lyon, où ce médecin érudit, lettré et des plus judicieux avait passé presque toute sa vie.

Ne devrais-je pas mentionner ici la notice que M. E. Wiart, professeur de l'École de médecine de Caen, a consacrée à Bretonnayau (2), avant d'accorder quelques lignes au plus remarquable biographe de médecins qui se sont acquis une réputation extra-médicale, à Renauldin, l'auteur des *Etudes historiques et critiques sur les médecins numismates, contenant leur biographie et l'analyse de leurs écrits*, Paris, 1851 (in-8° de XVI-576 pages), car les médecins poëtes ne sont pas les seuls qui aient eu des historiens, et les médecins numismates n'ont rien à envier aux versificateurs.

Né à Nancy, le 27 juin 1775, Léopold-Joseph Renauldin fut d'abord obligé d'entrer dans la chirurgie militaire.

« Il était à Madrid lorsqu'il apprit sa nomination de médecin

(1) *De morbis ex imitatione, dissertatio inauguralis.* Monspelii, Apud Izarn et Ricard, 1803, in-8° et in-4°.

(2) DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. Dans cette notice, M. Chereau n'indique ni la date de la naissance ni la date de la mort d'Etienne Sainte-Marie. C'est dans le Dictionnaire de Larousse que nous avons trouvé les dates que nous donnons.

(1) Paris, in-8° de 80 pages, brochure dédiée à J.-F. Coindet, de Genève.

(2) Voir GAZETTE MÉDICALE, 22 octobre 1881.

qui étaient toujours en proie à des troubles digestifs à chaque apparition des dents.

Les douleurs intenses, les brûlures étendues, les érysipèles, les vésicatoires de grandes dimensions, la suppression de la sueur, la suppression pathologique d'un exanthème sont encore des causes de diarrhée. Enfin on observe quelquefois une diarrhée critique à la fin d'une maladie aiguë.

Ceci dit sur l'étiologie de la diarrhée lientérique, passons au traitement auquel nous devons recourir. Tout d'abord, la cause étant connue, il s'agit de l'éliminer, après quoi la première indication sera de rétablir le bon fonctionnement des voies digestives.

Il est bien entendu que l'enfant gardera le lit. Les boissons alcalines et la diète lactée seront prescrites; ainsi, au milieu de chaque têtée, l'enfant prendra une cuillerée à café d'eau de Vals, source Saint-Jean, dont on aura soin de renouveler la bouteille tous les deux jours, afin d'éviter de donner une eau altérée, par cela seul qu'elle sera restée en vidange.

On peut également prescrire à chaque têtée l'eau de chaux médicinale.

Si la lientérie persiste, on donnera tous les jours un lavement d'eau pour solliciter les garde-robes. L'enfant a-t-il quelques coliques un peu vives, vous ordonnerez un lavement d'amidon cuit, en même temps que vous prescrirez des frictions sur le ventre avec l'huile de camomille, que vous maintiendrez le petit malade à une bonne température et que vous le soumettrez à la diète lactée. Tous les deux jours, l'enfant prendra, à chaque repas, une pincée de poudre composée d'un mélange de magnésie calcinée ou de craie préparée à laquelle on aura ajouté un tiers ou un cinquième de sous-nitrate de bismuth.

Si, malgré ces soins donnés exactement, la diarrhée continue et semble vouloir revêtir la forme catarrhale, vous aurez recours au traitement de cette dernière. C'est ainsi que l'enfant, gardant le lit et restant soumis à la diète lactée, prendra un vomitif, au cas où prédomineraient les symptômes de l'embarras gastrique. Mais les accidents restant ceux d'une diarrhée purement catarrhale, vous prescrirez une potion gommeuse, additionnée de 4 grammes de sous-nitrate de bismuth. Cependant, si ces moyens ne suffisent pas encore à enrayer l'hypersécrétion intestinale, vous ferez prendre du laudanum de Sydenham, à la dose d'une goutte pour un enfant de un à deux ans, puis un lavement d'amidon cuit, matin et soir. Pendant ce temps l'on fera des frictions sur le ventre avec de l'huile de camomille chaude, puis l'abdomen sera recouvert d'une flanelle destinée à maintenir une bonne température et les membres seront enveloppés de ouate, pour combattre toute tendance à un refroidissement qui serait des plus fâcheux.

Si l'enfant est plus grand, on ordonnera une tisane albumineuse ou à l'eau de chaux. En tons cas, ce n'est que lorsque la fluxion intestinale résistera aux différents moyens que je viens de vous indiquer rapidement, que je ferai appel alors au laudanum, l'été surtout, par crainte du choléra infantile, maladie toujours aux aguets, à la porte, prête à enlever en quelques heures l'enfant qu'elle atteindra.

(A suivre.)

NEUROLOGIE

La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siége l'ovaire; communication faite à la Société de Biologie le 17 décembre 1881, par M. Ch. Féré.

(Observations faites dans le service de M. Charcot.)

Nous ne reviendrons pas sur les anciennes discussions au sujet du siège de la douleur hypogastrique des hystériques, que les uns considéraient comme cutanée, que d'autres localisaient dans les muscles, etc. C'est surtout sur des idées théoriques qu'on s'est basé tout d'abord pour rattacher cette douleur à l'ovaire, qui cependant avait pu quelquefois être atteint par la palpation abdominale (Charcot (1). Toutefois on n'avait point assez nettement constaté la coïncidence de la douleur ovarienne avec l'existence de la tumeur formée soi-disant par l'ovaire, et d'ailleurs certains accoucheurs, et en particulier M. Duncan (2), avaient pu contester que l'ovaire pût être atteint par la palpation abdominale et qu'il occupât le siège habituel de la douleur hypogastrique des hystériques. La question devait donc rester pendante, d'autant plus que le toucher vaginal et rectal qui, combinés à la palpation abdominale, auraient pu donner des résultats plus précis, ne pouvaient guère être mis en usage chez des sujets dont le caractère particulier rend ces manœuvres délicates ou même dangereuses,

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 4e édition, 1880, p. 320 et suiv.

(2) Duncan, *British med. Assoc. in Cambridge*, 1880. (British med. Journ., august 28, 1880, p. 329.)

titulaire des dispensaires de Paris, et vint vers la fin de 1809 remplir son nouvel emploi. L'année 1816 le trouve médecin de l'hôpital Beaujon, fonctions qu'il remplit pendant plus de trente ans avec cette ponctualité, ce zèle, cette assiduité, cette honnêteté, qui faisaient le fond de son noble caractère, et dont il ne se départit jamais, soit comme membre de l'Académie de médecine, soit comme médecin consultant du roi Louis-Philippe. » (Chereau, dictionnaire Dechambre).

Renauldin est l'auteur de la belle introduction historique du dictionnaire en soixante volumes. Cette introduction fut tirée à part sous le titre d'*Esquisse* de l'histoire de la médecine depuis son origine jusqu'en l'année 1812 (Paris, in-8°, 1813).

Renauldin est mort à Paris, le 20 février 1859, presque dans la pauvreté, laissant à la postérité un vrai monument d'érudition, son beau recueil où se trouve retracée si consciencieusement la vie des médecins numismates.

Dr Albertus.

(A suivre.)

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Par arrêté préfectoral du 1er février, M. Guérin-Lianta, adjoint au maire du quatorzième arrondissement, a été nommé directeur de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne.

— Les médecins du même asile ayant manifesté l'intention d'ouvrir un cours pratique et théorique pour les infirmiers et les infirmières, M. le préfet de la Seine a donné au directeur de Sainte-Anne les instructions nécessaires pour que ce cours commençât le plus tôt possible. Le programme des leçons est fixé de la manière suivante : MM. Dagonet, *hygiène*; Briand, *petite chirurgie et applications hydrothérapiques*; Garnier, *pansements*; Gérente, *physiologie*; Respaut, *anatomie*, Magnan, *rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales*; Quesneville, *petite pharmacie*, et Bouchereau, *administration*.

— Par suite de la décision prise par le Conseil général de la Seine dans sa séance du 3 février 1882, l'asile de la Ville-Evrard va subir un agrandissement considérable. Six nouveaux pavillons seront construits qui contiendront 150 lits, de telle sorte que le nombre de ceux-ci se trouvera porté à 300, répartis également entre les malades des deux sexes.

Une circonstance s'est présentée, qui a favorisé la solution de la question.

Rappelons tout d'abord que pendant la grossesse les ovaires se déplacent avec le fond de l'utérus, et que, dans les derniers temps de la gestation, ces organes deviennent accessibles et facilement reconnaissables par le palper abdominal. Il est rare toutefois que les deux ovaires puissent être sentis en même temps; mais la pression sur les points qu'ils occupent détermine une sensation spéciale. Ces détails ont été mis en lumière par M. Budin (1) et développés par son élève M. Chaignot dans sa thèse (2).

La nommée B..., dont l'histoire se trouve en détail dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (3), est une hystéro-épileptique qui était sortie guérie du service de M. Charcot au mois de juin 1880. Elle n'avait plus alors ni anesthésie, ni attaques convulsives, ni points hystérogènes, et résistait à tous les moyens d'hypnotisation. Quelques mois après sa sortie, elle redevenait hémianesthésique et hypnotisable. Elle se trouva enceinte, et, pendant toute la durée de sa grossesse, elle resta hémianesthésique et hypnotisable, mais les attaques ne se reproduisirent pas, et on ne pouvait pas les provoquer par la pression sur les anciens points hystérogènes. Pendant les quatre premiers mois de la gestation, elle fut sujette à des vomissements qui se répétaient quelquefois jusqu'à dix fois dans les vingt-quatre heures et qui amenèrent un amaigrissement notable. Elle n'éprouva rien de particulier pendant le reste du temps; les symptômes permanents de l'hystérie persistaient seuls.

A la fin du huitième mois, elle rentra à la Salpêtrière. Le jour même de son entrée, on fit l'exploration des ovaires, la malade déclarant elle-même que ses points douloureux étaient remontés. Ces manœuvres déterminèrent le lendemain des coliques utérines qui firent craindre un avortement, mais cédèrent à des lavements laudanisés. Nous fûmes alors frappés de ce fait que la malade, qui était facilement hypnotisable le jour de son entrée, ne le fut plus par aucun procédé pendant toute la journée que durèrent les coliques; elle le redevint dès que ces douleurs eurent cessé. C'est là un fait intéressant à noter, parce que nous le verrons se reproduire au moment du travail.

30 octobre. — Le fond de l'utérus remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'ombilic lui-même porté en haut et en avant est distant de 205 mm. de chaque épine iliaque antéro-supérieure, et de 18 centimètres du pubis. Si on mène de chaque côté une ligne fictive de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, on constate que le point douloureux, qui a à peu près 2 centimètres de diamètre du chaque côté, se trouve du côté gauche à 55 millimètres au-dessus de la ligne indiquée, et à 85 millimètres en dedans de l'épine iliaque; du côté droit, le point douloureux est à 30 millimètres au-dessus de cette ligne et à 70 millimètres en dedans de l'épine iliaque. On hypnotise la malade à plusieurs reprises, et on peut se convaincre que ce n'est qu'au niveau des petites régions douloureuses que nous venons de localiser que la pression peut provoquer le réveil. Le doigt introduit dans le vagin peut comprimer autant que possible de chaque côté du col, sans produire rien qui ressemble aux phénomènes qui accompagnent la pression sur le point douloureux abdominal.

En cherchant à constater directement la présence des ovaires par la palpation abdominale, M. Budin ne peut y parvenir. On n'arrive point à les sentir sous les doigts; les parois utérines sont molles, dépressibles; il n'y a pas de plan résistant sur lequel on puisse les comprimer et les isoler. M. Budin reconnaît toutefois que les points douloureux correspondent au siège des ovaires à cette période de la grossesse.

(1) BULL. SOC. BIOLOGIE, 1879.

(2) *Etudes sur l'exploration et la sensibilité de l'ovaire, et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte.* (Thèse de Paris, 1879.)

(3) Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 157, et t. III, p. 209.

Le travail a commencé dans la nuit du 19 au 20 novembre, vers neuf heures et demie du soir. Quand nous sommes arrivés à deux heures du matin avec M. Budin, l'orifice utérin était dilaté et mesurait deux centimètres environ de diamètre. L'enfant se présentait par le sommet, en position occipito-iliaque gauche antérieure; le travail marchait normalement. Le point douloureux ovarien gauche se trouvait sur une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, à 9 cent. de l'épine et à 12 cent. de l'ombilic. Le point droit était à 1 cent. au-dessous de la même ligne et seulement à 8 cent. de l'épine iliaque.

On voit donc que, depuis le 30 octobre, les points ovariens se sont notablement abaissés, en suivant le fond de l'utérus.

Pendant toute la durée du travail, l'hypnotisation a été absolument impossible, soit par la fixité du regard, soit par la pression oculaire; le bruit du tam-tam, la lumière du magnésium, n'ont eu aucun effet. A l'aide des inhalations d'éther, de chloroforme ensuite, on détermine l'analgésie, mais les mêmes moyens d'hypnotisation ne réussissent pas alors davantage, malgré la bonne volonté du sujet. La malade qui a conservé son intelligence, et qui auparavant gémissait continuellement, déclare qu'elle ne souffre plus; il semble donc que si, en ayant recours aux différents procédés qui réussissent habituellement, on ne peut pas obtenir le sommeil hypnotique, ce n'est pas seulement à cause de la douleur.

Nous n'avons donc pas pu, pendant le travail, contrôler par le réveil le siège des points ovariens; mais la pression sur ces points provoque toujours une sensation de boule qui remonte à l'épigastre et à la base du cou, en déterminant des mouvements de déglutition.

On pousse plus loin l'administration du chloroforme; on arrive à l'anesthésie complète, la malade ronfle. Puis on cesse le chloroforme pour un moment; entre l'anesthésie totale et le retour à l'état normal, on ne peut, par aucun moyen, déterminer le sommeil hypnotique.

Mais une constatation plus importante a pu être faite au moment des contractions utérines. M. Budin a pu nous faire toucher à plusieurs reprises, du côté gauche, une petite tumeur ovoïde, grosse comme la phalangette du pouce, mobile et glissant sur la surface de l'utérus, qui formait alors sous les doigts un plan résistant. La pression sur cette petite tumeur provoquait les phénomènes ordinaires de la pression sur le point douloureux dit ovarien (sensation de boule qui remonte, mouvements de déglutition, etc.) Cette tumeur, dont le siège est celui de l'ovaire au moment de l'accouchement, a pu seulement être sentie à gauche.

A sept heures et demie, la dilatation était complète, on rompit les membranes. La malade, souffrant davantage, réclama avec insistance le chloroforme. On la plongea de nouveau dans l'analgésie, et l'accouchement eut lieu à 8 heures 45 minutes, sans qu'elle en eût conscience. Aussitôt après l'accouchement, on chercha, mais en vain, à sentir l'ovaire; au moment de la contraction utérine, on sentait le ligament rond qui formait sous le doigt une corde dure; mais le corps globuleux formé par l'ovaire n'était pas perceptible. A neuf heures, le placenta était expulsé; l'hypnotisation était encore impossible à ce moment.

A neuf heures vingt-cinq, la malade est hypnotisée par la fixité du regard, mais péniblement (la lampe au magnésium n'avait produit aucun effet cinq minutes auparavant).

L'ovaire gauche n'est plus senti, mais à neuf heures et demie il est possible de déterminer la position des deux ovaires par la sensibilité spéciale que l'on constate sur une petite région de deux centimètres de diamètre environ de chaque côté.

Le fond de l'utérus, fortement incliné vers la droite, dépasse le pubis de 19 cent.; le corps a une largeur de 11 cent. L'ombilic s'est abaissé, n'est plus qu'à 14 cent. du pubis et à 13 cent. des épines iliaques antérieures et supérieures. Le point ovarien gauche est à 2 cent. au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque, et à 5 cent. en dedans de cette épine. Le point droit est à 1 centi

au-dessous de la même ligne et à 4 cent. en dedans de l'épine iliaque. On voit donc que, bien que la ligne ilio-ombilicale prise pour point de repère se soit notablement inclinée vers l'horizontale, les points ovariens ont subi par rapport à cette ligne un mouvement de descente très appréciable. Ce mouvement de descente s'est encore accentué les jours suivants : le 25 novembre, l'ovaire gauche se trouvait à 30 mm. en dedans de l'épine iliaque et à 35 mm. au-dessous de la ligne bi-iliaque; l'ovaire droit était à 5 cent. en dedans de l'épine iliaque et à 2 cent. au-dessous de la ligne bi-iliaque. Le 20 décembre, les points douloureux sont devenus beaucoup plus profonds, et par conséquent moins faciles à bien limiter : ils paraissent à peu près symétriquement placés à 6 cent. au-dessous de la ligne passant par les deux épines iliaques supérieures et à 5 cent. en dedans de ces épines. Si, après avoir cataleptisé la malade, on pratique le toucher vaginal et si l'on presse fortement à gauche du museau de tanche, on provoque le réveil, tout comme si on pressait sur l'abdomen dans la région ovarienne. On ne peut pas produire le même phénomène du côté droit.

Sur une autre malade, W...g, qui est actuellement arrivée au neuvième mois de sa grossesse, les points douloureux, qui occupaient autrefois les régions iliaques, sont remontés au niveau de l'ombilic ; mais comme cette malade n'est point hypnotisable et que l'on n'a point pu jusqu'ici sentir les tumeurs ovariennes, le fait est beaucoup moins démonstratif.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LA TRANSFUSION.

Il est peu de questions de thérapeutique qui aient soulevé autant de controverses que la question de la transfusion. Or, après deux siècles de tâtonnements, après les recherches expérimentales et les observations cliniques accumulées pendant ces vingt dernières années, une grande incertitude règne encore sur la valeur pratique de cette médication, sur les avantages et les dangers des différents procédés de transfusion considérés surtout eu égard à la nature du liquide à injecter. C'est dire les difficultés de la tâche que s'est imposée le professeur de thérapeutique de la Faculté, M. Hayem, en consacrant une série de leçons à soumettre à une critique sévère, appuyée sur la méthode expérimentale, les solutions hâtives et prématurées qu'on a données de ce problème si complexe (1). M. Hayem d'ailleurs ne s'est pas borné à la critique; il a fourni son contingent de faits et d'expériences et s'en est servi non pour détruire mais pour rectifier les opinions du passé, nous laissant ainsi, à la place de théories exclusives et fausses, quelques notions exactes sur l'utilité et les indications de la transfusion et sur la valeur des différents procédés opératoires. Nous croyons être utile et agréable à nos lecteurs en exposant sous une forme sommaire les principaux résultats qui se dégagent de cette étude.

Parlons d'abord du *modus faciendi*, de la valeur des différents procédés de transfusion. Nous négligerons complètement ce qui est relatif à l'instrumentation pour ne parler que de la nature du liquide à injecter dans les vaisseaux du transfusé. C'est sur ce point surtout que portent les divergences. La question est celle-ci : Faut-il injecter de préférence du sang *complet* ou du sang *défibriné*, du sang de provenance humaine ou emprunté à un animal? Peut-on substituer au sang un *sérum artificiel*, une solution alcaline de chlorure de sodium, par exemple ?

Un individu, à la suite d'une hémorrhagie, a perdu une grande quantité de sang et court le risque d'en mourir. Pour conjurer le danger, on va lui rendre ce qui lui manque ; on lui injectera une certaine quantité de sang. Eh bien, en théorie, il semble que, pour se placer dans les meilleures conditions de réparation, on doive donner la préférence au sang *complet*, qui renferme les mêmes éléments que le liquide échappé des vaisseaux par le fait de l'hémorrhagie. Il semble aussi qu'il soit préférable d'injecter du sang artériel, plus vivifiant que le sang veineux, et, qu'on ne peut, sans de graves inconvénients, tirer des artères d'un homme. Voilà de quoi justifier, en apparence, la transfusion avec le sang complet et emprunté à un animal, à l'agneau. En réalité, c'est de tous les procédés de transfusion le plus dangereux. En voici les raisons :

Dans chaque espèce animale, le sang a des caractères physico-chimiques propres, et cette règle s'applique tout particulièrement aux éléments globulaires du sang. Il en résulte que, dans la transfusion entre animaux d'espèces différentes, les globules rouges du *transfuseur* jetés dans la circulation du transfusé se trouvent dans un milieu impropre à leur évolution. Ils se dissolvent avec une très grande rapidité. L'hémoglobine ainsi mise en liberté est mal tolérée par le sang qui la tient en suspension, et l'on voit surgir des accidents graves, qui ne font jamais défaut lorsqu'on injecte une quantité de sang tant soit peu considérable. Ces accidents, qu'on peut voir survenir chez l'homme déjà à la suite d'une transfusion de 150 grammes de sang d'agneau, consistent surtout dans une dyspnée intense avec frissons, albuminurie, hémoglobinurie, hémorrhagies multiples, vomissements, diarrhées ; s'ils sont moins prononcés chez l'homme que chez les animaux utilisés dans les expériences, c'est que chez le premier on transfuse toujours une quantité de sang relativement peu considérable par rapport à la masse totale du contenu des vaisseaux. Le danger de ce genre de transfusion n'en existe pas moins, et on doit se demander quels en sont les avantages si les globules rouges transfusés se dissolvent aussitôt et si l'hémoglobine qui en émane ne peut être utilisée par le sang qui la reçoit !

D'ailleurs l'emploi du sang d'agneau pour la transfusion chez l'homme a été préconisé pour des raisons qui ne résistent pas à un examen sérieux. « Dans les conditions habituelles, quand le sang passe de veine à veine, il n'arrive pas au système nerveux avec sa surcharge en acide carbonique ; tout au contraire, il s'en débarrasse dans les poumons, et on sait avec quelle rapidité se produisent à ce niveau les échanges respiratoires qui substituent l'oxygène à l'acide carbonique. »

Voilà en quels termes M. Hayem réfute l'argument capital invoqué contre l'emploi du sang veineux par les partisans de la transfusion de l'animal à l'homme.

Reste la transfusion avec du sang *complet* veineux, pratiquée de l'homme à l'homme. Ce procédé-là aussi a des dangers indéniables. Il expose à la formation de caillots dans l'appareil à transfusion, caillots qui seront la source d'embolies. La réalité de ce danger est démontrée par les faits. Sa gravité, à vrai dire, a été exagérée par les détracteurs de ce genre de transfusion, qui n'ont pas voulu tenir compte des perfectionnements accomplis dans la construction des appareils et de la tendance plus faible à coaguler, du sang de l'homme. Il faut

(1) Voir *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques*, par M. G. Hayem. Paris, 1882.

reconnaître, d'antre part, que le fait de nécessiter l'emploi d'une instrumentation compliquée limite la portée pratique de ce procédé de transfusion.

C'est pour éviter les dangers provenant de la coagulation du sang dans les appareils qu'on a eu l'idée d'éliminer l'élément coagulable, la fibrine, de se servir en un mot de *sang défibriné* qu'on peut injecter dans les vaisseaux avec un instrument des plus simples, quelque chose comme une seringue et un tube. Le sang privé de sa fibrine renferme encore les globules rouges qu'on se plaît à considérer comme les principes réellement actifs du sang, comme l'élément spécifique de ce liquide. Or, il y a près d'un demi-siècle, Müller et Bischoff s'efforçaient déjà de prouver que le battage du sang n'altère pas les globules rouges, que dès lors l'emploi du sang défibriné pour la transfusion a les mêmes avantages que l'emploi du sang complet. C'est là un point que se refusent à admettre les partisans de la transfusion directe. Pour eux, le sang défibriné est un sang frappé de mort, qui ne peut aucunement servir à réveiller et entretenir les fonctions vitales dans l'organisme du sujet transfusé.

Il serait fastidieux de rappeler les discussions aussi stériles que passionnées soulevées par les deux camps en présence. Nous en retiendrons ce seul fait, l'erreur sur laquelle on vivait de part et d'autre et qui consistait à croire que le sang d'un individu peut être greffé sur l'organisme d'un autre individu de la même espèce; que les globules empruntés au transfuseur feront partie intégrante du sang du transfusé et continueront de végéter dans ce nouveau terrain, sans rien perdre de leur vitalité. Voilà qui est inexact. Le sang, pour si peu qu'il soit soustrait au contact des vaisseaux, porte en lui les germes d'une mort prochaine; ses globules rouges ne pourront plus participer aux phénomènes nutritifs et respiratoires que pendant un temps limité. Des expériences rigoureuses ne laissent plus de doute à cet égard. Elles démontrent que pareil sort est réservé aux globules, de quelque manière qu'on pratique la transfusion, aussi bien quand on opère avec du sang complet transfusé de veine à veine qu'avec du sang défibriné. Seulement, dans ce dernier cas, la vitalité des globules est plus gravement atteinte *et leur dissolution beaucoup plus prompte*. Dans l'un et l'autre cas, cette dissolution des globules rouges n'entraîne pas d'hémoglobinurie, preuve que l'hémoglobine mise en liberté est utilisée par l'organisme du transfusé.

Quel est donc au juste le résultat de la transfusion au point de vue de la réparation *qualitative* du sang? C'est de stimuler la rénovation des éléments globulaires du sang dans l'organisme du transfusé, de faire éclore dans ce liquide des poussées nouvelles d'éléments qui représentent les formes jeunes des hématies, auxquelles M. Hayem a donné le nom d'*hématoblastes*; c'est ensuite de fournir au sang, et en particulier aux hématoblastes en voie d'évolution, de l'hémoglobine toute digérée, toute prête à être assimilée (à condition que la transfusion se passe entre sujets de la même espèce). Enfin la transfusion a encore comme résultat éminemment passager celui d'introduire dans les vaisseaux du transfusé des globules rouges susceptibles de prendre part, pour un temps très limité, à l'entretien de la nutrition et des phénomènes respiratoires. Sous ce rapport, la transfusion avec du sang complet est supérieure à la transfusion avec du sang défibriné, parce que la première introduit dans l'organisme du transfusé des globules rouges plus résistants, qui mettront plus de temps à se dissoudre, sans doute parce qu'ils ont été exposés à des insultes moins graves que les globules rouges du sang préalablement soumis au battage.

E. RICKLIN.

A suivre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance solennelle annuelle du lundi 13 février 1882.

Prix décernés.

Prix Montyon : 1° A M. le docteur Bérenger-Férand, médecin en chef de la marine, pour ses deux ouvrages intitulés : la Fièvre jaune à la Martinique, — et les Maladies des Européens aux Antilles.

2° A M. le docteur Favre, pour ses Recherches sur le daltonisme.

3° A M. le docteur Paul Richer, pour ses Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie.

Mentions : 1° A M. Dastre, professeur suppléant de physiologie à la Faculté des sciences, pour son Etude critique des travaux récents sur les anesthésiques.

2° A M. le docteur Dejerine, pour un ensemble de travaux sur l'anatomie et la physiologie pathologiques

3° A M. Toussaint, pour ses expériences relatives à l'immunité pour le charbon acquise à la suite d'innoculations préventives.

Citations : M. Beaunis, Nouveaux éléments de physiologie humaine.

M. Budin, Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements; — Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal; — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.

MM. Martin-Damourette et Hyades, Sur quelques effets nutritifs des alcalins.

M. Guinard, De la syphilis des verriers.

M. Lombard, Traité de climatologie médicale.

M. Pacini, Del mio metodo di respirazione artificiale, etc. — Sulla durata della possibilita della resurrezione d'allo stato di morto apparente, etc.

Prix Bréant (constitué par l'intérêt annuel du capital versé) : A M. Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce, pour son Traité des maladies épidémiques.

Prix Godard : A M. Duhar, pour son mémoire intitulé : De l'affection tuberculeuse de la mamelle.

Prix Serres : A M. Edouard van Beneden, professeur de physiologie à l'Université de Liège, pour ses Travaux d'embryogénie.

Prix Lallemand : A M. le docteur Luys, pour son Traité des maladies mentales.

Prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon): A M. d'Arsonval pour ses Recherches sur la répartition des températures dans les différentes parties du corps.

Prix Lacaze : A M. Brown-Séquard, pour ses Travaux et découvertes physiologiques.

Prix des arts insalubres (fondation Montyon) : A MM. Tilloy-Delaune et Camille Vincent, pour leur Traitement des vinasses de betteraves.

Une indemnité de 500 francs à Mlle Rostaing pour ses Travaux relatifs à la conservation des viandes par les poudres inertes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Huette (de Montargis) accompagnant l'envoi d'une notice sur le docteur Charles Huette père, par le baron de Girardot.

M. JULES ROCHARD présente, au nom de M. le docteur Aubert, médecin-major de 2e classe, un mémoire manuscrit intitulé : *De l'assainissement des casernes par l'acide sulfureux.*

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Feuvrier, médecin-major de 1re classe, un travail manuscrit intitulé : *Huit Mois de campagne en Tunisie.*

M. GUYON présente, au nom de M. le docteur Mazaré Azéma, un travail manuscrit intitulé : *la Variole à l'île de la Réunion*, origine, évolution, prophylaxie.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Galippe, une brochure intitulée : *Recherches sur l'action physiologique de l'écorce de hoáng-nàn.* « Dans cette excellente étude, M. le docteur Galippe relate les effets de cette nouvelle substance introduite du Tong-King en France par M. Lesserteur. Il montre que l'action physiologique est due aux deux alcaloïdes qu'elle renferme, la brucine et la strychnine. Il signale l'analogie qui existe entre cette action et celle de la fausse angusture, analogie déjà indiquée par M. Planchon. »

M. VULPIAN présente, au nom de M. le docteur Georges Hayem, un volume intitulé : *Leçons sur les modifications des globules du sang dans les maladies et par les agents médicamenteux.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé libre.

La commission, par l'organe de M. Le Roy de Méricourt, rapporteur, présente les candidats dans l'ordre suivant : *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet, de Ranse, Worms.

Le nombre des votants étant de 94, majorité 48, M. Mesnet obtient 32 suffrages, M. Worms 23, M. Krishaber 22, M. Magitot 16, bulletin blanc, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin, libre comme le premier.

Le nombre des votants étant de 93, majorité 47, M. Mesnet obtient 40 voix, M. Worms 23, M. Krishaber 21, M. Magitot 9.

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix au deuxième tour, c'est-à-dire entre M. Mesnet et M. Worms.

Le nombre des votants étant de 92, majorité 47, M. Mesnet obtient 56 voix, M. Worms 33, bulletins blancs, 3.

En conséquence, M. Mesnet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé libre.

— M. REGNAULD lit une note intitulée : *Observations sur le chloroforme destiné à l'anesthésie.*

M. Regnauld rappelle les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises dans diverses Sociétés savantes, relativement aux impuretés du chloroforme. Selon lui, cette question reviendra ainsi périodiquement, tant que le chloroforme, si pur qu'il soit, ne sera pas remplacé par un anesthésique possédant, si cela n'est pas inconciliable, sa puissance sans ses inconvénients et ses dangers. Il fait remarquer que le réactif dont on se sert le plus habituellement pour déceler les impuretés du chloroforme n'atteint pas le but. Ce réactif consiste dans une solution de permanganate de potasse additionnée d'une certaine proportion de potasse caustique. Cette solution garderait une belle couleur violet pourpre, quand on la mêlerait avec quantité égale d'un chloroforme parfaitement pur, elle verdirait dans le cas contraire. Or M. Regnauld a constaté que des échantillons de chloroforme qui, au point de vue chirurgical, pouvaient être considérés comme excellents, puisqu'ils ne contenaient aucune substance nuisible, faisaient cependant virer au vert, avec une grande rapidité, le réactif en question, tandis que d'autres chloroformes, conservés pendant plusieurs mois dans une partie du laboratoire où le soleil donnait pendant toute la journée, et devenus tout à fait impropres à l'anesthésie chirurgicale, laissaient sa couleur pourpre au permanganate.

M. Regnauld ajoute qu'il existe d'ailleurs un procédé très simple pour empêcher le chloroforme le plus impur de verdir le permanganate ; il suffit d'y mêler un peu d'acide sulfurique, dont l'action ne détruit nullement les impuretés qui rendent le chloroforme dangereux. Aussi les chirurgiens ne devront-ils accepter que sous bénéfice d'inventaire les jugements fondés sur un réactif qui pèche à la fois par excès et par défaut, parlant quand il pourrait se taire, et muet quand il devrait parler.

M. GOSSELIN dit que depuis longtemps il est convaincu que les accidents survenus pendant l'anesthésie chirurgicale ne sont pas dus aux impuretés du chloroforme. Ces accidents deviennent de plus en plus rares, en France du moins. Dans les documents rassemblés dans la thèse récente de M. Duret, il n'y aurait maintenant pas plus d'un cas de mort pour 5,200 ou 5,300 chloroformisations dans notre pays. Mais, en Amérique, il y en a encore plus du double. Non seulement les morts subites deviennent de moins en moins fréquentes, à mesure que l'on connaît mieux le chloroforme et qu'on sait mieux l'administrer, mais en même temps le nombre des autres accidents chloroformiques, de ces malaises qui ne menacent pas la vie, mais sont pénibles pour le malade ou gênants pour l'opérateur, tels que vomissements, agitations, céphalalgie, etc.

Pour que le chloroforme soit pleinement inoffensif, alors même qu'il ne serait pas parfaitement pur, il importe surtout d'en ménager l'action et d'arriver graduellement à l'anesthésie. M. Gosselin en est arrivé à formuler une méthode qu'il applique dans tous les cas, et qui lui réussit fort bien. Il fait faire d'abord quatre inspirations de chloroforme, puis deux inspirations d'air pur, puis six de chloroforme et deux d'air pur, huit de chloroforme et deux d'air pur, et ainsi de suite en séparant toujours par deux inspirations d'air pur des séries de plus en plus longues d'inspirations chloroformiques.

Avec cette méthode, on n'arrive pas toujours à empêcher certains accidents, tels que les vomissements, surtout chez les femmes hystériques, mais on les observe rarement ; et ce qui prouve qu'ils ne sont pas le résultat de l'action d'un chloroforme impur, c'est qu'à l'hôpital, où l'on endort souvent plusieurs malades dans la même journée et avec le même chloroforme, on les verra se produire chez l'un, tandis qu'ils manqueront absolument chez tous les autres.

Ce sont donc bien les résultats d'idiosyncrasies, de prédispositions individuelles, et l'impureté supposée de l'anesthésique n'y est pour rien. D'ailleurs, les impuretés dont on parle toujours, on ne les a jamais désignées d'une manière précise. Quelles seraient les substances qui peuvent se trouver mêlées au chloroforme et qui causeraient ces accidents ?

M. VERNEUIL pense que le réactif le meilleur, le plus sûr et le plus pratique pour découvrir les impuretés du chloroforme est l'odorat. Pour lui, il n'en emploie pas d'autre quand il veut apprécier le degré de pureté d'un chloroforme, quelle que soit sa provenance, qu'il vienne d'une pharmacie de la ville ou d'une pharmacie des hôpitaux. En général, tous ces chloroformes sont de bonne qualité, à moins qu'on les ait laissés trop longtemps en vidange dans de grands flacons, auquel cas ils s'altèrent plus ou moins.

Comme M. Gosselin, M. Verneuil a constaté, sur une série de malades opérés dans la même séance et soumis aux inhalations d'un même chloroforme, que ce même chloroforme faisait vomir les uns et pas les autres, qu'il provoquait de la suffocation sur celui-ci et pas sur celui-là. Il a remarqué que les gens sobres, les jeunes

femmes, les enfants et en général les gens ayant une bonne santé générale, n'éprouvaient pas ces accidents, tandis qu'on les observait chez les dyspeptiques, les alcooliques et autres personnes atteintes de diverses diathèses. Si bien que M. Verneuil pourrait, étant donné un malade, prédire d'avance de quelle manière il se comporterait sous l'action du chloroforme, s'il aurait ou non des vomissements.

Suivant lui, les qualités du chloroforme sont d'importance secondaire; tout dépend du mode d'administration de cet agent. Les divers chloroformes employés en France sont généralement de bonne qualité et ne produisent pas d'accidents, à la condition que le chirurgien use de certaines précautions, fasse des inhalations ménagées et prudentes.

Le seul reproche que M. Verneuil adresse au chloroforme, c'est de déterminer une action irritante sur le pharynx et de produire ainsi un spasme, une suffocation que l'on n'observe pas, par exemple, chez les individus que l'on opère après les avoir trachéotomisés.

A part ces phénomènes, le chloroforme, suivant M. Verneuil, ne provoque pas d'accidents réellement graves, quand on le donne avec les précautions voulues.

M. Maurice Perrin ne partage pas complètement les opinions que viennent d'exprimer ses collègues MM. Gosselin et Verneuil. Suivant lui, les accidents et les inconvénients du chloroforme ne tiennent pas du tout à son mode d'administration, mais à ses qualités. Il ne s'agit pas du tout de la question des accidents mortels, mais de l'insuffisance du chloroforme à provoquer l'anesthésie, ainsi que des vomissements que l'on observe chez certains individus pendant toute la durée de la chloroformisation, vomissements que M. Perrin a vus persister même pendant vingt-quatre heures et quarante-huit heures après.

Tels sont les faits sur lesquels M. Perrin a cru devoir appeler l'attention de l'Académie, il y a déjà trois ou quatre ans. Or ces accidents ne tiennent nullement à la manière d'administrer le chloroforme. Il y a trente ans que M. Perrin manie le chloroforme, et il le donne toujours lui-même à ses opérés. Or, ce n'est que depuis 1878 qu'il a vu le chloroforme se comporter d'une manière entièrement différente de celle qu'il constatait autrefois. Il a vu des cas dans lesquels la séance de chloroformisation devenait interminable, et où il a été obligé de renoncer à chloroformiser son opéré, après plus d'une heure de vaines tentatives pour obtenir l'anesthésie. Et ces difficultés, il les a observées sur toutes sortes de malades, hommes, femmes, enfants, et avec des chloroformes de toute provenance, qu'ils vinssent de la ville ou bien des hôpitaux.

M. Perrin a prié alors le pharmacien en chef du Val-de-Grâce de vouloir bien purifier les échantillons de chloroforme dont il se servait, et il a obtenu, après cette purification, les bonnes chloroformisations d'autrefois.

Sans pouvoir préciser en quoi consistent les impuretés du chloroforme, M. Perrin croit, d'après ces faits, pouvoir attribuer les inconvénients qu'il a observés à l'impureté de ce liquide.

M. Regnauld pense que le chloroforme, même parfaitement pur, est susceptible de s'altérer rapidement sous l'influence du contact d'un corps gras ou de la radiation de la lumière solaire. Il se produit alors des modifications dans l'odeur de ce liquide, qui peut devenir infect et absolument inapplicable à l'anesthésie chirurgicale. Mais cette modification peut être moins appréciable, tout d'abord, à l'odorat; on reconnaîtra que le chloroforme est parfaitement pur lorsque, versé sur un carré de papier plié en deux, il conserve jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'après évaporation complète, son odeur suave.

Au point de vue des accidents, il faut, suivant M. Regnauld, partager les malades en deux catégories, ceux qui sont prédisposés à ces accidents et ceux qui ne le sont pas. Il y a des personnes, et M. Pegnauld est de ce nombre, qui ne peuvent être éthérisées ou chloroformisées sans avoir des accidents semblables au mal de mer. Il importe donc de faire, dans cette question, la part de ces prédispositions individuelles.

Quoi qu'il en soit, M. Regnauld pense que M. Maurice Perrin a eu raison d'appeler l'attention des chirurgiens sur les altérations que peut subir le chloroforme et sur les accidents qui peuvent être la conséquence de ses altérations.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Suite de la séance du 24 décembre 1881-Présidence de M. Laborde.

Sur une disposition particulière des œufs dans la grossesse gémellaire : deux observations, par P. Budin.

Le 19 juin 1880, en examinant à l'Hôpital des Cliniques un arrière-faix provenant d'un accouchement qui avait eu lieu pendant la nuit, je constatai qu'il présentait une disposition particulière. Au premier abord, il semblait n'exister qu'un œuf : il y avait une grande poche formée par les membranes, mais on voyait sur la périphérie deux masses placentaires distinctes. En regardant par l'orifice unique qui existait sur les membranes, on trouvait une première cavité dans laquelle était un cordon se rendant à l'un des placentas. On voyait en outre un second orifice sur une cloison membraneuse, et par cet orifice on entrait dans une seconde poche où se trouvait un autre cordon allant s'insérer sur l'autre placenta. On aurait donc pu croire à une poche unique, mais dans la première poche on en rencontrait une seconde. Chacune de ces poches avait contenu un fœtus. L'accouchement n'avait rien présenté d'extraordinaire. Les deux enfants étaient du sexe féminin, bien portants. Celui qui était sorti le premier pesait 2,050 grammes, le second pesait 2,650 grammes. La délivrance avait été naturelle.

Frappé de la disposition particulière que présentait l'arrière-faix, je le mis de côté, me réservant de l'étudier dans la journée. Un peu avant onze heures, une autre femme, chez laquelle il y avait une présentation anormale, fut amenée du dehors à la salle d'accouchements. Il existait une grossesse gémellaire; le premier enfant se présentait par l'épaule; il y avait en outre un rétrécissement du bassin. Je fis l'extraction des deux enfants qui étaient du sexe masculin : le premier pesait 1,600 grammes, le second 2,100 grammes. La délivrance fut naturelle. En examinant l'arrière-faix, je constatai que, par une coïncidence singulière, il présentait presque absolument la même disposition que l'arrière-faix vu quelques heures auparavant. On ne pouvait relever qu'une seule différence entre les deux cas. Dans le premier, les deux cordons allaient s'insérer sur le bord des deux placentas (insertions en raquette); dans le second, il y avait une insertion en raquette du cordon sur l'un des placentas et une insertion centrale sur l'autre placenta.

L'examen des deux arrière-faix fournit les mêmes résultats. Dans chaque arrière-faix, on put séparer, isoler complètement deux œufs. L'un des œufs était situé au fond de la cavité utérine et semblait avoir une forme régulière. L'autre œuf, qui était placé au-dessous en rapport avec le segment inférieur de l'utérus, avait un aspect tout différent. Il formait une grande poche qui recouvrait complètement le premier œuf, l'enveloppant de toutes parts, arrivant jusqu'au niveau des bords de son placenta, le coiffant en réalité, comme un bonnet de coton coiffe une tête, comme une séreuse coiffe un organe.

Chaque œuf avait un chorion et un amnios distinct. L'œuf qui était en rapport avec le segment inférieur de l'utérus, qui enveloppait l'autre œuf, présentait une caduque sur toute la partie de sa surface qui était en contact avec l'utérus. L'autre partie de sa surface qui enveloppait l'œuf logé dans le fond de l'utérus ne présentait pas une caduque constituant une membrane, mais entre les

deux chorions on voyait quelques filaments blancs rosés qui n'étaient évidemment autre chose que des filaments de caduque.

Au niveau de la cloison qui séparait les deux amniotiques, il y avait donc quatre membranes : un amnios, un chorion, un chorion et un amnios ; entre les deux chorions, il existait quelques débris de caduque.

Mais comment expliquer cette disposition ? Ces deux cas ne pourraient-ils pas faire penser à la fécondation d'un ovule alors qu'il aurait déjà existé un autre ovule fécondé et développé dans la cavité utérine ?

On peut faire une première hypothèse : un œuf s'étant déjà développé dans la cavité utérine, un second ovule se trouve fécondé. Il descend à son tour dans la cavité utérine. En s'y développant, il refoule devant lui les membranes du premier œuf dont il s'enveloppe complètement pour ainsi dire. Dans cette hypothèse, l'œuf qui se trouve à la fin de la grossesse en rapport avec le segment inférieur de l'utérus se serait développé le premier ; l'œuf qui occupe le fond de l'utérus se serait développé ensuite. Mais, dans les deux cas, le fœtus de l'œuf qui était contenu dans le fond de la cavité utérine pesait 500 et 600 grammes de plus que le fœtus de l'œuf qui était en rapport avec le segment inférieur de l'utérus.

Une autre hypothèse peut être faite. L'œuf occupant le fond de l'utérus se serait développé le premier. On sait qu'entre la caduque utérine et la caduque ovulaire il n'y a pas immédiatement adhérence, que cette adhérence ne survient au contraire qu'au bout d'un certain nombre de semaines. Quand un second œuf est arrivé dans la cavité utérine, il s'est développé comme il a pu, il s'est insinué dans l'espace resté libre entre la caduque ovulaire de l'œuf déjà développé et la caduque utérine. C'est ainsi que l'œuf qui occupait le segment inférieur de l'utérus a pu s'étendre partout, envelopper, englober pour ainsi dire l'œuf qui occupait le fond de l'organe. Les débris de la caduque trouvés entre les chorions des deux œufs seraient donc des débris de caduque ovulaire.

En admettant cette hypothèse, on admet du même coup qu'un œuf peut être fécondé alors qu'un autre œuf existe déjà depuis plusieurs semaines dans la cavité utérine. On a beaucoup discuté sur la superfécondation et la superfœtation ; admises par les uns, elles ont été rejetées par les autres. Que faut-il en réalité pour qu'elles puissent exister ? Trois choses : 1° des spermatozoaires ; 2° un ovule ; 3° un passage libre qui permette aux spermatozoaires d'arriver jusqu'à l'ovule.

Les spermatozoaires font rarement défaut.

L'ovulation a-t-elle lieu pendant la grossesse ? Cette ovulation, niée pendant longtemps, est admise par quelques auteurs modernes ; peut-être a-t-elle lieu d'une façon exceptionnelle ?

Quant au passage, il reste libre pendant plusieurs mois entre la caduque ovulaire et la caduque utérine, ainsi que le démontrent les pièces de Costo.

Dans ces conditions, une nouvelle fécondation pourrait avoir lieu chez la femme alors que depuis plusieurs semaines il existe un œuf dans la cavité utérine.

Quoi qu'on puisse penser des hypothèses que nous avons faites, quoi qu'on puisse penser de la superfécondation et de la superfœtation, la disposition particulière présentée par les œufs n'en reste pas moins un fait exact. Elle nous a paru digne d'être signalée, car nous en avons en vain cherché des exemples dans les auteurs.

Séance du 31 décembre 1881. — Présidence de M. Laborde.

M. Charcot, à propos du procès-verbal, dit qu'il n'est rien de mieux démontré que l'action des métaux sur l'hémianesthésie des hystériques ; mais ce qu'il n'admet pas, c'est qu'on leur reconnaisse à eux seuls cette propriété, dite spécifique, qu'a voulu leur appliquer M. Burq. Les agents qu'il nomme œsthésiogènes, l'aimant, le sinapisme, l'action du diapason et bien d'autres, produisent des effets semblables.

Quant à la métallothérapie et à son efficacité curative, M. Charcot a, dans maintes circonstances, fait les plus grandes réserves. Il déclare hautement que, comme tant d'autres, il cherche encore un traitement infaillible de l'hystérie.

M. Dumontpallier fait observer que, dans son rapport à la Société sur les découvertes de M. Burq, la constatation d'*amélioration en apparence* a été inscrite et que cette remarque était due à M. Charcot.

M. Dumontpallier poursuit ses recherches sur l'hypnotisme ; il signale la chaleur, la lumière solaire ou artificielle, le son, comme étant des agents œsthésiogènes.

Certaines attaques spontanées ou provoquées d'hystéro-épilepsie laissent à leur suite des contractures ; le souffle dirigé sur les muscles suffit souvent pour les faire disparaître ; le transfert est arrêté par le même procédé.

M. Charcot fait remarquer que la durée des contractures hystériques est fort variable ; lorsque la contracture est spontanée, il n'existe aucun signe qui puisse faire porter un pronostic certain, on en est réduit à dire que la contracture persistera peut-être un jour, peut-être un, quatre et cinq ans. M. Dumontpallier a rencontré des cas très favorables. Quel que soit le moyen qui permettra de faire disparaître sûrement ces contractures, ce sera une très belle découverte, vu la très grande fréquence de l'hystérie.

A quelle dose l'alcool doit-il se trouver dans le sang pour produire la mort ? par Gréhant.

En continuant mes expériences sur le dosage de l'alcool dans le sang pendant l'ivresse alcoolique, je me suis proposé de rechercher quelle est dans le sang la dose d'alcool qui peut produire la mort. A cet effet, chez un chien du poids de 10 k. 5, j'ai injecté dans l'estomac, de demi-heure en demi-heure, 93 gr. 2 d'alcool à 21° ; quatre injections ont été faites dans la matinée. Trois heures après, dans l'après-midi, l'animal était complètement ivre ; l'air expiré renfermait de l'alcool. On fit encore quatre injections de demi-heure en demi-heure. Dix minutes après la quatrième, la respiration s'arrêta ; le cœur battait encore, mais lentement, et il s'arrêta bientôt.

On prit après la mort de l'animal, dans la veine cave inférieure, du sang qui fut injecté dans un flacon et introduit dans l'appareil à distillation dans le vide, 60 cc. de sang et 30 cc. d'eau (30 cc.) distillée, et on recueillit 75 cc. de liquide incolore dont le poids spécifique a été trouvé égal à 0,99835. Désignons par x le volume d'alcool absolu contenu dans ce liquide. Le poids spécifique de l'alcool est 0,795, on a l'équation :

$$x \times 0{,}795 \times (75 - x)\,1 = 75 \times 0{,}99835 ;$$

d'où $x = 0$ cc. 6.

Mais si 60 cc. de sang contenaient 0 cc. 6 d'alcool absolu, 100 cc. de sang renfermaient 1 cc. d'alcool ; on peut donc dire que la dose toxique de ce liquide est 1/100.

La même expérience répétée sur un autre chien du poids de 8 k. 6, auquel on fit dans une après-midi sept injections de 77 gr. d'alcool à 21°, a produit le même résultat ; l'animal mourut après la septième injection, et on trouva dans le sang pris dans la veine cave inférieure 1/110 d'alcool absolu.

Une autre expérience donna 1/100. Ainsi on peut affirmer que la dose toxique de l'alcool dans le sang est voisine de 1/100.

Dans un travail précédent, j'ai trouvé chez un chien maintenu à l'état d'ivresse, mais qui ne mourut pas, 1/197 d'alcool, c'est-à-dire une dose moitié de la dose toxique.

On peut rapprocher ces résultats de ceux qui ont été obtenus par le savant président de la Société de Biologie, M. Bert, qui dans un travail récent a démontré que les limites de la zone maniable des anesthésiques sont telles que la dose de vapeur de chloroforme ou d'éther dans l'air respiré par les animaux devient toxique quand elle est double de celle qui produit l'anesthésie ;

NOUVELLE MALADIE PARASITAIRE DE LA PEAU CHEZ UN COQ, par M. MÉGNIN.

J'ai eu l'occasion, ces jours derniers, d'étudier une dermatose assez intéressante chez un coq ; j'ai reconnu que cette affection de la peau était causée par un cryptogame parasite nouveau qui est à ajouter à la liste de ceux déjà connus.

Ce coq, de la race de La Flèche, était affecté depuis quelque temps de productions blanches comme de fines moisissures qui se développaient sur et au pourtour de la crête, sur les joues et sur la peau couverte de plumes. Le propriétaire les faisait disparaître en partie par des lavages simples, mais toujours elles reparaissaient. Enfin, ce coq étant venu à mourir, son cadavre me fut envoyé pour en faire l'autopsie.

Je constatai d'abord que l'oiseau, très maigre, était mort d'une entérite vermineuse et que la dermatose n'était pour rien dans sa fin : des centaines d'ascarides, de l'espèce *Ascaris inflexa* Rud., remplissaient ses intestins et en abolissaient complètement les fonctions.

La maladie de peau existait non seulement à la tête, mais sur toute l'étendue de la peau recouverte par les plumes, lesquelles paraissaient très clairsemées, sans pour cela être atteintes par l'affection. Je fais passer sous les yeux des membres de la Société des portions de peau montrant que l'épiderme est envahi par une production blanche, farineuse, qui était beaucoup plus éclatante pendant la vie, car sur les pièces que je présente elle a pris, en certains points, une teinte jaunâtre qui est un effet *post mortem*. Des lamelles d'épiderme examinées au microscope se montrent couvertes par une production cryptogamique constituée par un mycélium fin, tortueux et court, émettant des sporophores courts aussi, mais gros et cloisonnés, terminés par un chapelet de cinq à six spores arrondies d'un diamètre de 6 à 8 μ. Ce sont les plus volumineuses spores de champignons parasites qu'on ait encore vues, attendu que celles de l'*Achorion*, du *Trichophyton epilans*, de l'*Oïdium albicans*, ne dépassent pas 6 μ.

Ce champignon paraît pulluler exclusivement sur et entre les lames de l'épiderme, sans s'introduire dans les follicules plumeux, ni entre les fibres des tiges des plumes, ni entre leurs barbes, comme le *Microsporon pterophyton* que j'ai déjà signalé dans la *pelade parasitaire* des perroquets ; aussi mérite-t-il le nom d'*Epidermophyton gallinæ* que je propose de lui donner.

Après avoir fait cette étude, je demandai à l'éleveur qui m'avait envoyé le coq en question de vouloir bien examiner les autres sujets de sa basse-cour qui avaient été en contact avec lui, pour voir si la maladie ne s'était pas transmise à d'autres ; il m'apprenait qu'en effet elle avait commencé chez une poule nègre qui avait été la commensale habituelle du coq fléchois. En raison de l'analogie du parasite avec l'*oïdium*, dont il est certainement voisin tout en s'en distinguant par les caractères que j'ai déjà fait ressortir et en outre par l'absence de ces longs tubes non cloisonnés à contenu granuleux qui abondent dans l'*Oïdium albicans*, j'ai conseillé de traiter l'affection par des insufflations locales de fleur de soufre, procédé qui m'avait déjà réussi à détruire le *Microsporon pterophyton* chez des perroquets et de petits oiseaux de volière, et je ne doute pas qu'il ne suffise à détruire aussi l'*Epidermophyton gallinæ* et à guérir l'espèce de *pityriasis* qu'il cause.

— M. le docteur MAGNAN communique un travail sur l'étude comparative de la démence et de l'idiotie.

MICROBES DANS LA FIÈVRE JAUNE, par MM. CAPITAN et CHARRIN.

M. le docteur Monard, médecin civil, parti volontairement pour le Sénégal, afin de soigner les malades ayant la fièvre jaune, vient d'envoyer au laboratoire de pathologie générale de la Faculté de médecine des produits provenant de sujets atteints de cette affection et consistant surtout en échantillons d'urine et de sang recueillis dans les tubes purifiés qui lui avaient été envoyés du laboratoire avec les instructions nécessaires. Un certain nombre de ces tubes renfermaient du bouillon ayant subi les épreuves nécessaires pour assurer sa pureté. M. le docteur Monard put donc non seulement recueillir des liquides organiques, mais aussi ensemencer les bouillons préparés en y introduisant quelques gouttes de ces liquides, directement et sans aucun intermédiaire.

Seuls, les tubes provenant de malades vivants ou de cadavres deux heures au plus après la mort ont pu être étudiés avec quelques garanties. Les cultures de sang semblent pures ; on y constate la présence de nombreux microbes en général mobiles : ce sont le plus souvent des micrococcus soit isolés sous forme de points doubles ou de chapelets à plusieurs grains, ou bien encore ce sont de petits bâtonnets rigides, grêles, ordinairement de 3 à 5 μ de longueur et ayant souvent à chaque extrémité une spore.

L'urine renferme, fait déjà bien connu, de l'albumine, mais cette albumine est rétractile ; l'urine ne contient pas de sang.

Des ballons ont été ensemencés avec les premières cultures ; le bouillon a cultivé facilement ; il renferme des organismes de formes identiques aux précédents. Une série d'inoculations ont été faites ; les résultats en seront ultérieurement communiqués à la Société.

Les premières cultures se desséchant rapidement, il a été nécessaire de ne pas attendre plus longtemps, afin de pouvoir encore les présenter à la Société.

— M. G. DELAUNAY fait une communication sur deux nouveaux procédés d'investigation psychologique.

Les physiologistes qui se sont occupés de thermométrie cérébrale ont constaté entre la température du cerveau et celle du crâne une relation qui n'est pas physique, ainsi que l'a démontré M. Franck, mais physiologique. On sait que le fonctionnement du cerveau provoque une élévation de la température crânienne. M. Delaunay, en faisant des expériences sur lui-même pendant son sommeil, a reconnu que réciproquement une élévation de la température crânienne provoque le fonctionnement du cerveau. D'après les psychologues, les rêves sont d'ordinaire illogiques, absurdes. M. Delaunay, en se couvrant le front d'une couche d'ouate, rend à volonté ses rêves sains, intelligents.

Le deuxième procédé est fondé sur le décubitus qui, en favorisant l'afflux du sang dans la partie déclive, augmente la nutrition et provoque le fonctionnement de cette partie. D'après les observations de M. Delaunay, les rêves que l'on fait, couché sur le dos, sont sensoriels, mouvementés, lascifs. Ceux que l'on fait, couché sur le cerveau droit, sont mobiles, changeants, pleins d'exagération, absurdes et portent sur de vieux souvenirs. Ceux que l'on fait, couché sur le cerveau gauche, sont intelligents, raisonnables et portent sur des choses récentes. Enfin, dans ces rêves, on fait souvent des discours. Ces observations concordent avec ce que nous savons sur le siège de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence et sur la psychologie comparée des cerveaux droit et gauche.

En résumé, les rêves sont un procédé d'investigation psychologique, puisqu'on peut provoquer des rêves intelligents ou non, lascifs ou non, etc., en faisant varier la circulation cérébrale et la nutrition des diverses parties du cerveau, soit par l'élévation de la température crânienne, soit au moyen du décubitus.

— M. BEAUREGARD : Je demande à la Société de Biologie l'autorisation de l'entretenir pendant quelques instants d'un fait assez peu fréquent pour qu'il mérite d'être noté. Sur un avis du ministère de la marine envoyé au Muséum et concernant l'échouement d'un cétacé sur les côtes sableuses qui s'étendent entre Bordeaux et Arcachon, j'ai été désigné pour me rendre sur les lieux et voir ce qu'il était possible de faire. Je me suis trouvé en présence d'un balænoptère de l'espèce *Musculus*, reconnaissable à la couleur de ses nageoires et de ses fanons, ainsi qu'à sa forme générale. L'individu, mesurant 15m 50 de long, avait été jeté sur le sable par une des dernières tempêtes et se trouvait couché sur le dos et à demi ensablé.

Mort depuis un temps qu'on peut approximativement évaluer à trois ou quatre semaines, l'animal répandait à mon arrivée une odeur repoussante. Aussi m'a-t-il été impossible de recueillir aucun des organes internes. Je me suis borné à conserver diverses pièces sur lesquelles des études préalables avaient attiré déjà mon attention au laboratoire d'anatomie comparée du Muséum, et parmi celles-ci je crois devoir spécialement mentionner une masse fibro-cartilagineuse excessivement développée et interposée entre les surfaces osseuses de l'articulation temporo maxillaire. Cette pièce, que j'ai pu obtenir complète, fera le sujet d'études spéciales et mérite une mention particulière tant pour son volume que pour le rôle qu'elle joue dans l'articulation.

Je me borne à ces quelques mots, désirant seulement ne pas laisser passer sous silence l'échouement sur nos côtes d'un individu qui n'y fait que de rares apparitions. Bien que l'espèce en question soit toutefois la plus commune, il est bon que son apparition laisse une trace qui pourrait être de quelque utilité dans les statistiques se rapportant à ces animaux.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection du bureau de 1882 donne le résultat suivant :

MM. Ranvier et Grimaux sont élus vice-présidents; M. Straus, secrétaire général adjoint; MM. L. d'Arsonval, Quinquaud, Dastre et Ricbet, secrétaires annuels ; M. Hardy, archiviste, et M. Chatin, trésorier.

La séance est levée à six heures un quart.

Additions à la séance du 17 décembre 1881.

— M. Krishaber, à propos de la communication de M. Dumontpallier.

Il n'est pas douteux que les choses ne se passent telles que notre honorable secrétaire général les décrit; mais le fait de l'action à distance sur les muscles, action par le regard de l'expérimentateur, est si inattendu et échappe à un tel point à toute loi physiologique admise, qu'il est nécessaire d'établir la constance du phénomène pour admettre sa réalité. On serait conduit d'étape en étape à cette étrange conclusion que l'expérimentateur agit par le seul fait de sa volonté, théorie depuis longtemps soutenue par les magnétiseurs, mais qui a toujours été rejetée par les hommes de science.

L'expérience de M. Dumontpallier ayant été faite devant des élèves et dans la salle commune des malades, comment se fait-il que le regard de tant de personnes réunies autour de la malade n'ait pas agi sur elle comme le regard de l'expérimentateur et que des muscles autres que ceux visés par M. Dumontpallier n'aient pas été mis en mouvement? Et cependant, parmi les personnes présentes, il y en avait certainement dont les regards se portaient sur d'autres régions que celles visées par l'expérimentateur.

Il faudrait, dans cet ordre de recherches, procéder avec une bien grande réserve et je dirais même avec une certaine timidité. Avant de faire accepter l'action du regard sur les muscles, il faudrait avoir constaté ce phénomène un grand nombre de fois sur des sujets nombreux. Ce n'est pas l'esprit scientifique de l'expérimentateur qui est en cause, mais il me permettra de lui dire que, lorsque les phénomènes ont un tel caractère d'étrangeté, il ne suffit pas de dire : « Venez et vous verrez, » il faut donner des preuves matérielles nombreuses d'une si irrécusable valeur que même ceux qui n'ont pas vu doivent être convaincus.

En ce qui me concerne, j'ai vu ce que M. Dumontpallier m'a montré, mais j'en reste si étonné que je me méfie de moi-même; un fait inexplicable ne suffit pas pour bouleverser toutes les notions de la logique et du bon sens, et vous conviendrez qu'il faudra singulièrement changer notre éducation scientifique le jour où vous aurez fait accepter toutes les conséquences qui paraissent se rattacher à ces expériences.

Tout le monde sait que le service de M. Charcot, qui contient un grand nombre de femmes hystéro-épileptiques, est depuis plusieurs années déjà un champ d'expériences faites avec une rigueur de démonstraton qoi permet le contrôle constant et invariable des résultats. Or, parmi les phénomènes multiples que M. Charcot nous a fait connaître, il en est deux qui ont été élucidés avec une telle évidence qu'il est permis de les considérer comme définitivement acquis, et j'ajouterai que ces phénomènes n'ont en vérité rien de mystérieux ; je veux parler de l'automatisme des malades hypnotisées et rendues cataleptiques, et de l'excitabilité des muscles chez les femmes hypnotisées non cataleptiques.

Vous savez en quoi consistent ces expériences : une femme hystérique ou hystéro-épileptique est hypnotisée par les procédés connus, elle est en résolution et inconsciente; on lui écarte alors les paupières et, dès que la lumière a frappé la rétine, on peut la rendre somnambule Dans cet état, cette femme obéit à toute impulsion venant du dehors sans en avoir conscience, elle agit, parle, pense comme une somnambule. Aussi n'y a-t-il rien de nouveau dans ce phénomène; il était déjà connu des anciens observateurs : des faits de somnambulisme, même très prolongés, ont été publiés de bien des côtés. Des individus sont restés en état somnambulique des jours et même des semaines, et sous ce rapport l'observation clinique a de beaucoup devancé les expériences dont il est question. Le mérite de ces expériences n'est donc que d'avoir montré que cet état d'automatisme pouvait être provoqué à volonté, expérimentalement. Il faut mieux ajouter que la plupart de ces expériences avaient été déja faites par des empiriques et qu'elles paraissaient périodiquement devant les Sociétés savantes. Ce ne sont donc en somme que des recherches de contrôle qui ont été faites à la Salpêtrière, mais ce contrôle s'accomplit avec une rigueur qui paraît devoir élever au rang de réalités scientifiques ce qui n'existait qu'à l'état d'ébauche confuse et hérissée de mystifications. Aussi a-t-il fallu un véritable courage moral pour entreprendre cet ordre de recherches et encourir tous les inconvénients du discrédit qui s'y était attaché jusqu'ici.

—M. Mégnin: J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce pathologique d'une extrême rareté. Elle provient d'un chien qui faisait partie de la meute de M. le comte de L..., grand veneur de l'Ouest, lequel chien est mort subitement en revenant d'une chasse au loup.

Le propriétaire, craignant un empoisonnement, l'ouvrit lui-même, trouva la cavité abdominale pleine de sang et découvrit que l'hémorrhagie s'était faite par une tumeur rupturée communiquant avec un gros vaisseau près des reins. Il détacha le vaisseau avec les tissus qui y adhéraient et m'envoya le tout pour en faire l'étude.

J'ai disséqué le vaisseau qui n'est autre que l'aorte postérieure, et on peut voir qu'outre la grosse tumeur, du volume d'une noix environ, par où s'est faite l'hémorrhagie, elle présente encore sur toute sa surface des tubercules qui ne sont autres que des tumeurs de même nature que la première, en voie d'évolution ou de régression.

Cette tumeur, qui a pour revêtement la tunique externe de l'artère très amincie, est une sorte d'anévrisme communiquant avec le vaisseau par un pertuis de 3 ou 4 millimètres de diamètre. Elle est remplie d'un magma fibrineux, rouge, au milieu duquel on distingue très nettement plusieurs vers enroulés. J'ai trouvé deux de ces vers qui avaient percé la paroi externe de la tumeur et qui avaient la moitié du corps dehors. Ce sont sans doute des ouvertures ainsi faites qui ont provoqué la rupture de la poche anévrismale et déterminé l'hémorrhagie mortelle.

Ces vers, que j'ai étudiés et dont j'ai montré un spécimen préparé, sont une espece de spiroptère, le *Spiroptera sanguinolenta* de Rudolphi.

On les rencontre assez souvent dans des tumeurs de l'œsophage du même animal; mais un observateur, un seul au siècle dernier, le célèbre Morgagni, avait vu des tumeurs de l'aorte causées par un ver qu'il jugeait être le même.

Rayer, qui a bien étudié les tumeurs de l'œsophage du chien ainsi que le ver qui les cause, dit avoir ouvert plus de trois cents

de ces animaux sans rencontrer de tumeurs vermineuses de l'aorte. Il les chercha dans le but de vérifier si c'étaient réellement des tumeurs anévrismales, ce dont il doutait, et surtout pour connaître l'espèce de ver qui les provoque.

On peut voir, par la pièce que je présente, que les tumeurs vermineuses de l'aorte postérieure du chien sont bien une variété d'anévrisme communiquant avec le vaisseau par un petit pertuis, et que le ver qui amène leur formation est bien le même que celui des tumeurs de l'œsophage, c'est-à-dire le *Spiroptera sanguinolenta.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Houzet de L'Aulnoy dépose sur le bureau un travail qu'il vient de faire sur les modifications de volume qu'éprouvent les membres atteints de fracture, d'entorse ou de luxation.

— M. Verneuil, à propos du procès-verbal, revient sur la malade présentée dans la dernière séance par M. Labbé. J'avais pensé, dit M. Verneuil, que la tumeur que cette malade porte à la face était un névrôme plexiforme, et je persiste dans mon opinion, à l'appui de laquelle je viens apporter celle de plusieurs auteurs et les dessins que l'on trouve dans leurs ouvrages.

Les névrômes plexiformes sont caractérisés par une hypertrophie énorme des filets nerveux cutanés. La première connaissance de ces tumeurs remonte à l'année 1865. C'est à cette époque que Valentine Mott publia un mémoire avec planches à l'appui. Ce mémoire avait pour titre : *Remarques sur une forme particulière de tumeur de la peau appelée pachydermatocèle.* Le siége le plus fréquent de ces tumeurs est la partie supérieure et latérale du crâne. En 1857, M. Depaul présenta une tumeur congénitale siégeant sur les parties latérales de la nuque et du cou : c'est moi qui disséquai la pièce qui est reproduite dans l'ouvrage de Follio. L'année suivante, Guersant présenta une tumeur semblable, que je disséquai également et à laquelle je trouvai la même structure. En 1869, deux chirurgiens étrangers, Billroth et Cherzny, publièrent une observation qu'ils intitulèrent : *Neurofibrômes plexiformes de la paupière supérieure et de la région de la tempe;* cette observation était accompagnée de deux dessins qui offrent, sauf le volume, une grande ressemblance avec le cas de M. Labbé. En 1871, Virchow, dans son troisième volume des *Tumeurs*, n'hésita en aucune façon à rapprocher ces faits de ceux de Valentine Mott. En 1870, un chirurgien de Lyon publia un mémoire fort intéressant intitulé : *Contribution à l'étude des tumeurs plexiformes.* Enfin, en 1874, M. Cherzny publia une autre observation d'éléphantiasis des Arabes avec névrôme plexiforme. Tous les faits que je viens de citer et les planches qui les accompagnent ont, suivant moi, une complète ressemblance avec la tumeur de la malade de M. Labbé ; aussi je persiste dans mon diagnostic, qui a été si fortement contesté, et j'attends l'examen histologique de la tumeur.

M. Desprès : J'ai apporté le livre d'Alard, dans lequel il y a trois dessins d'éléphantiasis mou de la face qui, à mon avis, ressemblent aux planches publiées par Valentine Mott. En outre, un des malades de V. Mott a eu plusieurs poussées d'érysipèle, ce qui est en rapport avec l'éléphantiasis, et de plus cet auteur dit que la tumeur examinée au microscope n'a montré que les éléments de la peau hypertrophiés. J'ai moi-même vu des névrômes plexiformes, que j'ai opérés, et je ne trouve pas qu'il y ait de ressemblance avec la tumeur qui fait le sujet de cette discussion. En effet, les névrômes plexiformes sont des tumeurs petites et sous-cutanées, tandis qu'ici l'on a sous les yeux une tumeur volumineuse et siégeant dans l'épaisseur même de la peau.

M. Horteloup lit au nom de M. Faucon (de Lille) une observation intitulée : Kyste synovial du dos de la main, extirpation, pansement de Lister, guérison; et au nom de Mr Fleury, de Clermont, une observation de taille périnéale pour un calcul volumineux.

M. Desprès vient présenter à la Société la statistique intégrale des résultats qu'il a obtenus dans son service de la Charité, avec les vieux pansements, les cataplasmes et l'eau alcoolisée.

Sur 401 malades traités par lui, il a eu 23 décès, et sur ces 23 décès il y a eu seulement cinq décès d'opérés.

M. Schwartz lit une observation de hernie inguinale étranglée, traitée par la kélotomie ; guérison.

Henri Bastard

BIBLIOGRAPHIE

Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents, par le docteur Félix-Louis Debacker (Thèse de Paris, 1881).

Cette thèse qui, sortant des limites habituelles, constitue un volume de 164 pages, est consacrée à l'étude de cette question si intéressante : « *Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents.* » Bien conçue, mieux écrite encore, pleine de verve et d'érudition, remplie de faits soit personnels, soit empruntés à la clinique des maîtres les plus éminents, que l'auteur a su mettre à contribution pour le bien de son œuvre, elle ne mérite qu'un seul reproche : sans être pour cela le moins du monde obscure, elle semble peut-être en certains points diffuse. Au lieu de courir droit au but, elle s'en écarte parfois, et l'idée principale se trouve alors comme perdue dans des hors-d'œuvre pleins d'intérêt sans doute, mais assurément fort inutiles au sujet. La première partie surtout, où, dans un chapitre consacré à la circulation cérébrale, à la localisation des centres nerveux, et à l'influence de la circulation cérébrale sur les idées, on trouve successivement la description de la calenture, du ragle et du « the horrors » des Anglais, mérite au plus haut degré ce reproche, assurément moins applicable au reste de l'ouvrage.

L'idée principale de la thèse de M. Debacker, qu'il tient de M. le professeur Lasègue, et qui lui a permis d'envisager son sujet d'une façon neuve et originale, consiste dans la division des hallucinations et des terreurs nocturnes chez les enfants en deux classes, l'une comprenant celles qui sont d'origine cérébrale, l'autre celles d'origine non cérébrale.

« Cette grande division, comme le dit l'auteur, est capitale dans la question, puisque l'hallucination d'origine cérébrale est à celle d'origine non cérébrale ce que le cancer est au simple lipome... Celui-ci est curable et à guérison relativement facile, l'autre inguérissable et à marche fatale : la différence est aisée à saisir. »

C'est à la description de ces deux classes d'hallucinations et de terreurs nocturnes chez les enfants, et à l'énumération des différences qui les séparent, surtout au point de vue du pronostic, qu'est consacrée réellement la thèse de M. Debacker. Il faut y ajouter cependant les hallucinations et les terreurs d'origine toxique, qui ne rentrent dans aucune des deux classes précitées, et auxquelles l'auteur a consacré un chapitre spécial.

Voici les conclusions de l'ouvrage, qui donnent une idée suffisante des principaux éléments qui le constituent :

« Il y a deux genres essentiellement distincts d'hallucinations et de terreurs nocturnes :

« Les unes sont d'origine non cérébrale; les autres d'origine cérébrale;

« Les premières sont le plus souvent produites par des indigestions gastro-intestinales dont les causes varient : dentition difficile et laborieuse, vers intestinaux, constipation, diarrhée, émotions intempestives, etc., etc.

« Les secondes dépendent de maladies passées, dont les traces sont demeurées et manifestent de véritables lésions cérébrales; ce sont les hallucinations et terreurs nocturnes chez les convalescents de fièvre typhoïde, de pneumonie; — c'est le cas encore des individus surmenés. Elles constituent une catégorie à part, qu'on pourrait désigner sous le nom de délire d'inanition générale.

« D'autres hallucinations et terreurs sont des symptômes de maladies cérébrales présentes. Leur principal caractère est leur persistance. C'est le cas de l'idiotie, du délire des persécutions, de la démence, en un mot, de l'enfant.

« Une troisième catégorie bien distincte encore est celle des hallucinations et terreurs prodromes de maladies cérébrales futures, et dans ce cadre viennent se ranger toutes les candidatures à la folie. L'hérédité doit ici être interrogée avec un soin tout spécial : on doit craindre les méningites tuberculeuses, l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie, le plus souvent, chez les enfants les plus précoces, l'hallucination protopathique, telle que l'entend M. Luys.

« Enfin il est d'autres hallucinations et terreurs qui ne peuvent être comprises dans ces deux grandes classes; ce sont celles qui ont pour cause toutes les intoxications.

« Le médecin appelé près de l'enfant dont les terreurs effraient les parents doit repasser dans son esprit toutes ces grandes causes. Le plus souvent il aura affaire à un cas du premier genre, à quelque trouble gastro-intestinal facile à surmonter, et le diagnostic sera confirmé si les accidents cessent après la constipation vaincue, ou la diarrhée enrayée, les vers expulsés ou enfin le prurit de la dentition guéri.

« Il recherchera l'alcoolisme héréditaire, les abus de l'enfant et de la nourrice; il pensera aux circonstances qui peuvent déterminer l'encéphalopathie saturnine; les circonstances d'absorption de la belladone, de l'opium, du sulfate de quinine, ne seront pas difficiles à découvrir; enfin il sera facile de trouver les autres causes, telles que les parasites, poux ou gale, les récits fantastiques, la chorée, les petites passions des enfants, etc.

« Si, au contraire, les crises nocturnes persistent, qu'il se tienne en garde et veille à empêcher l'éclosion d'une maladie plus grave par tous les moyens prophylactiques appropriés; l'éducation soignée, virile, sans brutalité ni sentimentalisme, la vie et l'exercice à la campagne, les soins de propreté, la gymnastique intellectuelle bien dirigée, seront les meilleurs remèdes dans ce cas. »

Dr E. Régis,
Chef de clinique des maladies mentales.

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE

A M. de Ranse, rédacteur en chef de la Gazette médicale de Paris.

Monsieur le rédacteur,

La ville de Mogador (Maroc), qui compte 20,000 habitants, est depuis six mois sans médecin. Si vous pensez que cet avis puisse intéresser quelqu'un de vos lecteurs, je vous serai obligé de le publier. Il s'agit d'une position à prendre.

Le médecin qui aurait l'intention de venir s'établir ici devrait pratiquer un peu la chirurgie et être accoucheur. Il serait d'ailleurs assuré de trouver un accueil des plus sympathiques de la part de la population, et il aurait l'appui du corps consulaire. Une maison lui est concédée par l'autorité locale, moyennant une faible redevance de 2 francs par mois.

Quant aux honoraires, ils se perçoivent soit par abonnement annuel, soit par visite, selon la convenance des clients. Les médicaments sont payés à part et représentent une des sources de bénéfices.

En outre, le docteur est généralement le représentant de la commission sanitaire dont le siége est à Tanger.

La vie est exceptionnellement bon marché à Mogador. Le climat est très sain et la température à peu près égale en toute saison, le thermomètre flottant toujours entre 12 et 16 degrés au-dessus de zéro en hiver, et 16 à 20 en été.

Un médecin marié aurait la préférence.

Pour le cas où l'un de vos lecteurs désirerait de plus amples renseignements, il pourrait les demander au consulat de France.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée,

E. Zerbib.

Mogador (Maroc), le 16 janvier 1882.

CHRONIQUE

Nécrologie. — La diphthérie vient de faire une nouvelle victime dans le personnel médical de l'hôpital des Enfants-Assistés. Il y a six mois à peine que le docteur Clozel de Boyer, chef de clinique adjoint dans le service de M le professeur Parrot, succombait tout à coup, emporté par la terrible maladie, et aujourd'hui celui qui l'a remplacé comme chef de clinique dans le même service, M. le docteur Auguste Cossy, est frappé à son tour dans les salles et meurt en quarante-huit heures. Cossy, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, docteur en médecine depuis 1879, avait été nommé chef de clinique au dernier concours. Il était à peine âgé de trente-trois ans.

— Un jeune interne en médecine des hôpitaux de Nantes, M. Parraud, victime aussi du devoir professionnel, vient de mourir, emporté en quelques jours par une variole contractée dans les salles du service auquel il appartenait.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Joaquin Cil y Bores, professeur à la Faculté de médecine de Barcelone.

***

École pratique des hautes-études. — M. Guignard, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur au laboratoire de botanique (organographie et physiologie végétales).

***

École de médecine d'Alger. — M. Degraëve, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant à la chaire d'histoire naturelle.

— M. Ducruzel, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux chimiques.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Bimar, professeur agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux physiologiques.

***

Faculté de médecine de Lille. — M. Siven est nommé préparateur de chimie organique.

***

Faculté des sciences de Paris. — M. le docteur Raphaël Dubois est nommé préparateur.

***

École de médecine de Reims. — M. le docteur Doyen, professeur d'anatomie, est nommé professeur honoraire.

***

ÉCOLE DE MÉDECIN DE ROUEN.—M. le docteur Duménil est nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. Flaubert, décédé.

***

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Brongniart est nommé préparateur de zoologie et matière médicale. — M. Virion est nommé préparateur de chimie organique.

Ces deux emplois sont de nouvelle création.

***

ÉCOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. le docteur Godfrin est chargé du cours de matière médicale en remplacement de M. Oberlin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

***

INSPECTION DES EAUX MINÉRALES. — Par arrêté ministériel en date du 30 janvier 1882, M. le docteur Isoard (de Marseille) est nommé médecin inspecteur des eaux d'Allevard (Isère), en remplacement de M. Niepce.

ÉPIDÉMIES.— Le conseil sanitaire de Marseille vient de décider que les quarantaines seraient levées pour les navires venant de la mer Rouge, de l'Inde anglaise, des Indes néerlandaises et de l'Indo-Chine. Elles restent maintenues seulement pour les navires arrivant de Bombay.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 3 FÉVRIER AU JEUDI 9 FÉVRIER 1882.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 10. — Rougeole 26. — Scarlatine 3. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 52. — Dysenterie 0. — Erysipèle 43. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Infections puerpérales 13. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 242. — Autres tuberculoses 17 — Autres affections générales 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes 71. — Bronchite aiguë 62. — Pneumonie 154. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 39. — au sein et mixte 20. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 126. — de l'appareil circulatoire 81. — de l'appareil respiratoire 137. — de l'appareil digestif 51. — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 14. — Total de la semaine: 1,357 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE PAR LES FEUILLES MÉTALLIQUES ADMINISTRÉE A L'INTÉRIEUR, par le docteur Garel. In-8°. — Prix : 1 fr. 25 — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

DES ADÉNITES ET DES ADÉNO-PHLEGMONS DE LA RÉGION CERVICALE DANS L'ANGINE DIPHTÉRIQUE ET DANS LA SCARLATINE, par le docteur Arène. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

RAPPORT SUR LES EAUX THERMALES D'AIX EN SAVOIE PENDANT L'ANNÉE 1880 ÉTABLISSEMENT THERMAL, CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE MODE D'EMPLOI ET SUR L'ACTION DES EAUX D'AIX ET DE MARLIOZ, par le docteur Blanc. In-8, avec deux planches. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

NOTICES BIOGRAPHIQUES SUR LES MÉDAILLONS DE LA NOUVELLE ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS, par Edmond Dupuy, pharmacien de 1re classe, etc. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimeie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 23 février 1882.

Académie de médecine : CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'HALLUCINATIONS UNILATÉRALES DE L'OUÏE, par M. BALL. — LES MESURES PROHIBITIVES CONTRE LES VIANDES AMÉRICAINES, DEVANT L'ACADÉMIE.

M. Ball vient de faire à l'Académie de médecine une communication intéressante à bien des égards, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire en son entier. Nous tenons cependant à en retenir deux choses, un fait clinique d'une importance réelle au point de vue de l'histoire des hallucinations et nne tendance louable à assujettir la pathogénie des troubles psychiques aux mêmes lois et aux mêmes procédés d'analyse qui ont tant servi à l'avancement de la pathologie des centres nerveux dans ces vingt dernières années. Le fait clinique, le voici en deux mots :

Un jeune garçon, sans traces aucune d'antécédents psychopathiques, reçoit, à l'âge de 13 ans, un violent soufflet sur l'oreille gauche. Il en résulta une perforation du tympan, et des bourdonnements continus limités au côté gauche. A l'âge de 16 ans, le jeune homme est affecté d'une fievre typhoïde, qui laissa des suites sur lesquelles M. Ball est entré dans les détails les plus minutieux. C'est d'abord une augmentation notable de l'écoulement qui se faisait par l'oreille gauche, ensuite un affaiblissement de la mémoire, une modification profonde dn caractère qui devint sombre et violent jusqu'à pouvoir être taxé d'impulsif, mais sans perversion proprement dite des facultés intellectuelles, sans trace de conceptions délirantes. Enfin aux bourdonnements perçus dans l'oreille gauche ont succédé, à un moment donné, des hallucinations limitées à ce même côté. Le malade entend un bruit de rivière, quelque chose comme le fracas de l'eau qui tombe sur des rochers, et aussi des sons musicaux, des coups de fusil, des voix qui l'interpellent et qui semblent lui prodiguer l'insulte. Il se retourne alors brusquement pour interpeller les personnes qui se trouvent dans son voisinage.

Nous passons sur les détails de l'examen otoscopique qui révéla l'existence d'une otite moyenne avec suppuration de la caisse et perforation du tympan. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'otite est en voie de guérison et on en peut dire autant du trouble sensorial, des hallucinations. La situation est aujourd'hui telle que M. Ball croit pouvoir espérer que bientôt le malade sera ramené à son état primitif, alors qu'il n'avait que de la surdité avec des bourdonnements.

En résumé, dit M. Ball, il s'est produit chez ce jeune homme, dont l'intelligence a été affaiblie mais non pervertie par l'effet d'une fièvre typhoïde, des hallucinations de l'ouïe sans trouble aucun du jugement. Ces phénomènes sont limités au côté gauche ; ils coïncident avec une otorrhée purulente, caractérisée par des lésions bien définies ; ils tendent à disparaître sous l'influence du traitement. Voilà donc un fait qui parle clairement en faveur de la théorie soutenue par M. Baillarger et adoptée par M. Ball, théorie qui attribue aux hallucinations une origine psycho-sensorielle. Dans cette manière de voir, ponr qu'une hallucination se produise, il faut d'abord une prédisposition cérébrale ou psychique ; cette prédisposition chez le malade de M. Ball a été réalisée par les désordres manifestes que la fièvre typhoïde avait laissés à sa suite, du côté du cerveau. Il faut ensuite une excitation dont le lien de départ se trouve en un point quelconqne de l'appareil nerveux qui est le siége des hallucinations ; cette excitation, chez le malade mis en cause, nous la trouvons dans le fait d'une otorrhée, source d'irritation continue pour les ramifications terminales du nerf acoustiqné. M. Ball, qui est un esprit sage, ne va pas plus loin. Il s'abstient de toute opinion prématurée sur la localisation exacte du territoire qui est le foyer d'élaboration des hallucinations. Il rappelle seulement que pour MM. Luys et Ritti, ce foyer ne serait autre que la couche optique, tandis que le professeur Tamburini, de Modène, le place dans l'écorce grise. M. Ball n'a pas davantage la prétention de localiser d'une façon rigoureuse le point de départ de l'excitation morbide qui sert de pivot au trouble hallucinatoire. Il estime que toutes les parties de l'appareil nerveux placé entre un organe des sens et son centre de perception sont aptes à faire naître ce genre de manifestations morbides. Il applique, en somme, à l'étude de la pathogénie des hallucinations les notions qui ont cours sur le mécanisme des phénomènes nerveux en général. Sa théorie procède donc d'un esprit de généralisation philosophique. Au point de vue de ses conséquences pratiques, elle a cet avantage consolant de condnire à une thérapeutique efficace dans bien des cas, l'expérience le démontre, et qui est basée sur l'aphorisme bien connu : *sublatâ causa, tollitur effectus*.

— Il y a quelque temps, M. Decaisne faisait à l'Académie de médecine une communication sur la prohibition des viandes américaines, pour conclure à l'inutilité et à l'impossibilité pratique d'un contrôle basé snr l'expertise micrographique et destiné à nous garantir contre l'importation de la trichinose. Le mémoire de notre distingué confrère a été renveyé à une commission et a donné lieu à un rapport lu par M. Chatin dans la dernière séance. Ce rapport a abouti à un véritable avortement. M. Decaisne évaluait à 20,000 le nombre des micrographes nécessaires pour assurer un examen sérieux des viandes de porc importées d'Amérique. M. Chatin, documents en mains,

réduit cette armée au chiffre acceptable de 80 personnes. L'Académie estime que c'est encore beaucoup trop. Ce n'est point que, de parti pris, elle refuse ses bonnes grâces aux micrographes. Mais la majorité des membres présents a pensé que, dans une question qui intéresse au plus haut degré et l'hygiène alimentaire et le bien-être des classes laborieuses et les relations commmerciales de deux grands pays, qui a donné lieu à des craintes exagérées et à des mesures aussi inefficaces que rigoureuses et inopportunes, il y avait mieux à faire qu'à voter des conclusions platoniques. Le rapport a donc été renvoyé à la commission, qui, pour se rendre au sentiment de l'Académie, rédigera des conclusions nouvelles destinées à éclairer les ministres compétents sur l'état réel des choses. Ce sont ces conclusions nouvelles qui seront discutées dans une prochaine séance, et on peut prédire à coup sûr qu'elles soulèveront un débat du plus vif intérêt.

E. RICKLIN.

DE LA CONDUITE IMMÉDIATE DANS LE CAS DE BLESSURES PAR BALLES DE REVOLVER (1).

Auquel d'entre nous la question suivante n'a-t-elle pas été mainte fois adressée dans le cas de l'accident susdit : « *A-t-on pu extraire la balle?* » et combien ont eu le courage de répondre : « Non, la balle n'est pas extraite, et pour la bonne raison que je ne ferai pour le moment aucune tentative pour l'extraire. » — « Comment! la balle n'est pas retirée? Mais alors la chose est extrêmement grave! »

Voilà un de ces préjugés féroces qui courent encore le monde, enfanté par les doctrines erronées des anciens chirurgiens, il reste encore vivace malgré les nombreux assauts qu'il a dû subir, et sa force est telle qu'elle impose souvent au médecin une intervention inutile et dangereuse dont il n'a pas toujours le courage de se garder.

Cette croyance peut se résumer en deux mots : la nécessité absolue de l'extraction d'un projectile ayant pénétré dans l'intérieur des tissus, la gravité extrême de son abandon dans le point où il s'est logé. Que l'on renverse au contraire les termes de la proposition, et l'on arrive à la formule suivante, qui représente, avec beaucoup plus de justesse, l'état exact des choses : gravité souvent considérable des manœuvres de recherche et d'extraction, innocuité en général remarquable de l'abandon du projectile dans les tissus.

Ces données, qui tendent à se généraliser de plus en plus dans le traitement immédiat des plaies par armes à feu, doivent s'appliquer de toute leur force aux blessures produites par les projectiles de revolver, dont je m'occupe seulement ici.

Ces armes, que leur bon marché et leur vente facile ont tellement répandues qu'elles font partie du contenu ordinaire de nombre de poches, sont devenues une cause de blessures fréquentes, soit par imprudence, soit par tentative criminelle. Le revolver du calibre de 7 millimètres représente le type du genre ; c'est lui dont le maniement facile cause aujourd'hui tant de méfaits involontaires ou prémédités, trop souvent aggravés par une intervention intempestive.

Dans sa petitesse, il résume les avantages et les dangers des armes rayées, à savoir une vitesse considérable du projectile et une force de pénétration très marquée. Ces propriétés, jointes au faible calibre de l'arme, limitent au minimum les dégâts produits par la balle; celle-ci, grâce à sa vitesse, à sa petite dimension et à la faible distance à laquelle le coup est généralement tiré, pénètre les tissus comme à l'emporte-pièce sans produire les dégâts étendus, les contusions et les fissures que déterminent des projectiles plus volumineux ou tirés à plus longue distance. En outre, l'eschare superficielle qui tapisse les parois du trajet est si peu épaisse, qu'abandonnée à elle-même elle se résorbe spontanément et que dans nombre de cas elle ne s'oppose pas à la réunion immédiate qui suit si fréquemment ce genre de blessures. Nos connaissances à ce sujet ont fait un grand pas depuis le jour où nous avons possédé des données plus précises sur cet ensemble de faits que mon excellent collègue et ami, le docteur Nicaise, a rappelés récemment, sous le nom de *nécrose aseptique* (1) et parmi lesquels il faut ranger la réunion immédiate consécutive aux blessures par armes à feu, dans laquelle l'eschare résorbée disparaît devant le travail de la réparation par première intention.

Ces qualités de l'arme et les qualités de la plaie qu'elle produit sont indispensables à rappeler pour permettre de comprendre l'évolution naturelle de ce genre de blessures et guider le chirurgien dans la conduite à tenir à leur égard.

Elle est si simple, cette conduite immédiate, en présence de ces lésions simples, qu'on hésite vraiment à en tracer à nouveau les règles; car celles-ci peuvent, dans l'immense majorité des cas, se résumer dans la formule : *ne rien faire*. Ne rien faire constitue en effet la sagesse ; intervenir est le plus souvent une imprudence.

Qu'on ne croie pas cependant que je conseille une expectation dangereuse et une inaction coupable ; car ma formule se complète de la manière suivante : ne rien faire contre le projectile ; — intervenir contre les lésions immédiates et graves par elles-mêmes qu'il aura déterminées.

J'explique cette pensée en quelques mots et je la développe par quelques exemples.

Il est bien entendu qu'il ne peut être question de manœuvres d'exploration quand la balle, rencontrant une surface oblique ou une faible épaisseur de tissus, a perforé les parties d'outre en outre, en faisant une plaie en séton dont les orifices indiquent l'entrée et la sortie du projectile. J'excepte encore les cas où celui-ci, tout à fait sous-cutané, peut être cueilli, pour ainsi dire, par la plaie d'entrée ou par une simple boutonnière faite à la peau.

Mais les choses peuvent être moins simples : toutes les régions du corps, tous les organes peuvent être atteints ; mais en pratique on peut, au point de vue régional, classer les blessures par balles de revolver et par armes à feu en général en deux grandes catégories : les blessures *des membres*, les blessures *des cavités*.

Dans un membre, le projectile peut être perdu dans l'épaisseur des masses musculaires ; il peut sur son trajet avoir rencontré un gros vaisseau, un os dans son corps ou ses extrémités; il peut avoir ouvert une articulation dans laquelle il est profondément enchatonné.

Ira-t-on de propos délibéré, dans chacun de ces cas, à la recherche d'un projectile dont rien n'indique la situation exacte? Ira-t-on, par une manœuvre relativement peu grave mais au moins inutile, chercher une balle de 7 millimètres à travers

(1) Ce sujet, banal en apparence, a trouvé un regain d'actualité dans ces derniers temps où l'on a vu sévir une petite épidémie de tentatives de suicides par coups de revolver.

(1) REVUE DE CHIRURGIE, n° 1, janvier 1882, p. 43.

des muscles formant au niveau du trajet une boutonnière contractile et dont les rapports ne sont plus les mêmes qu'au moment de l'accident?

Encore moins explorera-t-on un trajet qui mène sur un os fracturé ou sur une articulation ouverte, et bien moins encore si une hémorrhagie abondante fait prévoir la blessure d'un vaisseau important. C'est l'accident immédiatement menaçant, tel que l'hémorrhagie, ou le traitement de la lésion dominante, comme la fracture d'un os ou l'ouverture d'une articulation, qui devient l'indication capitale; la balle elle-même n'est plus rien; son extraction n'a que peu d'importance, et si elle ne peut être obtenue par des moyens simples, elle doit être abandonnée. Le travail ultérieur l'enkystera sans réaction ou l'amènera au dehors à une période où les accidents graves ne sont plus à redouter.

Immobiliser soigneusement, à l'aide d'un appareil efficace, l'os fracturé ou l'articulation ouverte, prévenir par des pansements méthodiques la réaction inflammatoire, telle est la conduite à tenir en pareil cas, et les succès dont elle est suivie sont si nombreux aujourd'hui qu'il n'est plus besoin de les examiner en détail. Les bulletins de la Société de chirurgie, les publications scientifiques (1), sont remplis de faits de ce genre sur la valeur desquels M. de Santi vient d'insister dans une intéressante Revue (2).

L'abstention immédiate est encore plus urgente dans le cas de blessures des cavités; dans ces blessures par balles de petit calibre, le cathétérisme de la plaie, la recherche de la balle sont plus proscrits que dans tout autre cas; ici, en effet, ces explorations sont non seulement inutiles, elles sont le plus souvent immédiatement dangereuses. Et pourtant nous avons connaissance de faits où les stylets et sondes de toute dimension ont été enfoncés dans la cavité thoracique, où la pulpe cérébrale a été dilacérée à travers une plaie d'entrée du crâne, où la cavité de l'oreille a été fouillée en tout sens pour en extraire un projectile qui ne s'est trouvé être autre chose que la paroi osseuse dénudée, où une plaie du pharynx a été profondément sondée dans la zone des gros vaisseaux du cou, au risque de provoquer une hémorrhagie dangereuse, etc.

Une pareille pratique, détestable et irréfléchie, capable d'engendrer les plus funestes accidents, doit absolument disparaître et, si une intervention immédiate est jugée nécessaire, elle doit être commandée par une indication pressante, — hémorrhagie nécessitant la recherche et la ligature d'un gros vaisseau; — accès de suffocation d'origine pharyngo-laryngée imposant une trachéotomie d'urgence, etc.

Quant à la conduite ultérieure, elle sera déterminée par la localisation plus précise des accidents et une appréciation plus exacte des symptômes; elle tirera ses indications d'une foule de circonstances que je n'ai point à énumérer ici dans ce court article de généralités où je n'ai visé que la conduite immédiate dans le cas de blessures par petits projectiles.

G. Bouilly.

(1) Bullet. Soc. chirurgie, 7 et 14 décembre 1870.
Gazette médic. de Paris, 1870, p. 592.
Union médicale, 1871, n° 45, p. 85, etc.
(2) Revue militaire de médecine et de chirurgie, 1881, n° 8, p. 578.

CLINIQUE MÉDICALE

De la diarrhée chez les enfants.

Leçon de M. Jules Simon à l'hôpital des Enfants, recueillie par M. Varèle et revue par le professeur.

(Suite. — Voir le numéro 7.)

Messieurs,

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur ce que je vous ai dit dans notre dernière conférence, et j'arrive directement aux diarrhées résultant d'une inflammation de l'intestin, d'une entérite.

L'entérite se distingue aisément de la diarrhée lientérique et de la diarrhée catarrhale par les caractères suivants: selles fréquentes, verdâtres, matières acides et irritantes pour la peau en contact avec elles; ventre tendu, veines abdominales sous-cutanées distendues, dilatées; fièvre constante avec paroxysme nocturne; langue sèche, chargée, rouge vers les bords et à la pointe. Ajoutez à cela un amaigrissement rapide, un visage aux traits crispés, un aspect vieillot et des yeux excavés, et vous aurez les signes distinctifs de l'entérite simple, aiguë et sans complications.

Le traitement de cette affection est celui de la diarrhée catarrhale, auquel vous ajouterez quelques prescriptions particulières. Ainsi le lit, les frictions abdominales, des cataplasmes sur le ventre, des lavements matin et soir, d'eau pure d'abord, puis d'eau et d'amidon cuit. Un régime diéthétique convenablement réglé, c'est-à-dire du lait ou du bouillon, des panades, de l'eau albumineuse, la décoction blanche de Sydenham telle que vous la trouvez formulée dans le Codex. Enfin vous aurez recours au laudanum qui est le seul moyen efficace contre l'entérite, le médicament par excellence pour diminuer l'inflammation et calmer les douleurs abdominales, malgré les préventions dont il est l'objet de la part d'un certain nombre de médecins.

Je formule ainsi la potion que je fais prendre, non seulement au plus fort de la maladie, mais que je continue encore, alors même qu'une amélioration est survenue:

Sous-nitrate de bismuth. . . .		4 grammes
Diascordium.		de 1 à 2 —
Laudanum. .	Enfants d'un an	1 goutte
	— de 2 ans	2 —
Julep gommeux. . . .		de 100 à 120 grammes,

potion à laquelle j'ajoute un peu de craie préparée, si l'enfant a quelque tendance à vomir.

Les nausées et les vomissements, en effet, sont assez fréquents dans l'entérite aiguë, surtout si celle-ci n'a pas été soignée dès le début des accidents, et la maladie menace alors de se transformer en gastro-entérite.

Je continue cette potion pendant huit ou dix jours après que les accidents sont atténués ou même dissipés; je me borne seulement à diminuer la dose des médicaments actifs qu'elle renferme.

S'agit-il d'un enfant à la mamelle, chez lequel les vomissements prédominent, nous avons tout lieu de redouter le développement d'une gastrite; nous donnons de l'eau de chaux et du lait exclusivement coupé avec de l'eau de Vichy ou de l'eau de chaux, et nous appliquons un vésicatoire volant sur la région stomacale, bien que d'aucuns prétendent que les

vésicatoires ne servent qu'à tourmenter les enfants. Loin de là, je dis qu'ils font dormir, comme je l'ai déjà démontré lorsque j'ai parlé de la bronchite capillaire; oui, le vésicatoire est l'un des moyens qui font le mieux reposer l'enfant, et qui lui donnent un calme que ne sauraient lui procurer, dans ce cas, aussi grand du moins, aucun des agents thérapeutiques ordinairement employés.

Je traite donc avec ténacité les enfants atteints d'entérite aiguë, en persistant pendant dix ou quinze jours, si cela me paraît nécessaire, dans la médication que je vous ai indiquée.

6º *Entérite aiguë pseudo-membraneuse.* — L'entérite aiguë psendo-membraneuse n'est nullement comparable à la diphthérie, bien qu'en Allemagne on lui ait donné le nom d'entérite croupale. Elle est très douloureuse. Elle donne lieu aux mêmes produits de sécrétion muqueuse, bilieuse et glaireuse que l'entérite aiguë simple; mais ce qui l'en distingue, c'est l'intensité des coliques, celles-ci tellement atroces parfois que l'enfant se roule à terre ou dans son lit comme s'il était en proie à un accès de colique néphrétique.

Le traitement est celui des entérites, entrecoupé par des purgatifs salins très légers et par des lavages intestinaux. Ainsi, tous les deux jours, pour un enfant de quatre ans environ, je prescris un verre à bordeaux d'eau de Pullna; tandis que pour un sujet plus petit je donne de la manne ou de la magnésie. Tous les jours je fais faire, pour un enfant qui a dépassé cet âge, un lavage de l'intestin à grand courant, avec un litre environ de liquide, pour nettoyer complètement la muqueuse intestinale, pour provoquer aussi les garde-robes et entraîner avec elles, au dehors, les fausses membranes. Les lavages sont un moyen sur lequel j'insiste pendant quelque temps.

L'été, j'envoie l'enfant guéri aux eaux de Plombières ou de Châtel-Guyon; l'hiver, je prescris des eaux minérales salines, des laxatifs légers; je recommande d'éviter tout corps gras dans l'alimentation; enfin je conseille l'hydrothérapie, en douches surtout, si l'âge le permet.

7º *Entérite chronique.* — Maladie qui est la pierre d'achoppement des jeunes médecins, presque toujours appelés à leur tour à donner leurs soins à des enfants depuis longtemps déjà en traitement entre les mains d'autres confrères. Tous ont recours aux astringents, aux opiacés, au régime diéthétique, avant d'avoir découvert la cause véritable de l'affection, scrofule, tuberculose, syphilis, etc.; aussi la médication n'aboutit-elle qu'à un demi-résultat et peu après le mal réapparaît.

C'est alors qu'il faut compléter le traitement — après l'opium — par la craie, le bismuth, l'eau de Vale (source Saint-Jean), puis par les révulsifs sur la peau, par la teinture d'iode, le coton iodé, le crayon d'huile de croton tiglium. Enfin, si cette médication ne suffit pas, l'on arrive à la viande crue, très bon moyen par lequel je finis le traitement, tandis que d'autres l'emploient souvent au début. Je ne la prescris, en effet, malgré les bénéfices que le malade peut en retirer, que lorsque les autres moyens n'ont pu amener la guérison, et cela en raison du développement du tænia que l'usage de la viande crue entraîne souvent avec lui. Je l'ai maintes fois observé, et il ne se passe pas de mois où je n'en voie quelque exemple chez les enfants que leurs parents amènent à la consultation. Aussi, je le répète, ce n'est qu'en dernier lieu que je recommande l'emploi de la viande crue. Je la fais réduire en pulpe pour la donner à la dose de 50, 60 ou 100 grammes, selon l'âge de l'enfant, qui la prend soit dans du sucre, soit dans de la confiture, ou dans tout autre véhicule qu'il accepte facilement.

La *diarrhée cholériforme* ou le *choléra infantile*, dont je n'ai dit que quelques mots dans ma première conférence, est une maladie spéciale à l'enfant. Voici, du reste, le tableau symptomatique que cette affection présente. L'enfant, un peu souffrant depuis quelques jours, et n'ayant encore qu'un petit flux diarrhéique séro-muqueux, est pris subitement d'une telle diarrhée qu'il semble que le vide parfait se fasse dans son tube gastro-intestinal. C'est un écoulement pour ainsi dire continu par le haut et par le bas et d'une telle intensité qu'il se fait une véritable fonte du corps du petit enfant. Son visage est crispé, sa faiblesse excessive, et, si peu que durent les accidents, l'enfant peut succomber à ce que l'on pourrait appeler une sorte de saignée blanche.

Aussi est-il de la plus haute importance d'intervenir rapidement et énergiquement en présence d'un danger tout à fait imminent, surtout dans la saison d'été. Je ne saurais trop vous recommander à ce propos, et tout d'abord, d'être très circonspect dans l'emploi des purgatifs chez l'enfant en bas âge, car j'ai vu plus d'une fois pareils accidents survenir chez de petits êtres auxquels on avait cru devoir ordonner un purgatif dans le cours d'un état gastro-intestinal.

Dans la diarrhée cholériforme ou le choléra infantile, la première indication est de soutenir les forces du petit malade, de le mettre en état de résister au mal par des toniques, en lui faisant prendre du vin de Malaga, par exemple, à la dose d'une cuillerée à dessert dans un demi-verre d'eau refroidi par de la glace grattée en neige. A ce moyen on ajoute du café, de l'eau-de-vie prise dans les mêmes conditions, quelques gouttes toutes les cinq minutes.

Sous l'influence de ces boissons glacées, l'estomac se remet un peu, et c'est là l'indication la plus pressée.

Cependant l'enfant vous paraît-il s'épuiser encore? Sans perdre un instant, vous le plongez dans un bain de vin tiède, dans le but de stimuler la peau, tandis que les vapeurs alcooliques seront aussi absorbées par les voies aériennes. Vous ajouterez également au bain une certaine quantité de farine de moutarde pour stimuler davantage les téguments. Mais la durée du bain ne dépassera pas quatre ou cinq minutes, de peur d'affaiblir l'enfant.

Tout de suite, également, vous prescrirez la potion de Rivière, telle qu'elle est formulée dans le Codex, afin d'arrêter les vomissements, tout en continuant la médication alcoolique. Cependant, s'ils persistent encore, vous appliquerez un vésicatoire sur le creux de l'estomac, en même temps que vous agirez sur la partie inférieure du tube digestif.

Ici se présente la question de l'opium. Devez-vous le prescrire? Oui, mais de la façon suivante: je commence par un lavement d'amidon et par un peu d'alcool; puis, une ou deux heures plus tard, l'enfant étant un peu remonté, je fais donner un lavement avec une ou deux gouttes seulement de laudanum de Sydenham, pour ne pas stupéfier le système nerveux. Enfin, l'enfant se remontant davantage, reprenant forces et vie, je conseille le bouillon convenablement dégraissé, ou le lait et l'eau-de-vie.

Mais, ce contre quoi, je le répète, doivent surtout porter tous les efforts de votre médication, ce sont la faiblesse du petit malade et l'hypersécrétion gastrique ou gastro-intestinale.

Quant aux opiacés, ils ne viennent qu'au second ou même au troisième plan.

On a vanté dans le choléra infantile l'ipéca en lavages, en lavements, ainsi que le nitrate d'argent, la craie préparée, le sous-nitrate de bismuth, enfin toutes les substances astringentes. Tous ces moyens peuvent réussir, il est vrai, surtout dans les cas qui guériraient seuls, pour ainsi dire, et simplement en maintenant l'enfant dans une bonne et chaude température. Mais dans les cas graves, et pour ne parler que de l'ipéca, je dirai que, loin d'être un médicament utile, il a pour effet d'augmenter la dépression des forces, d'exagérer la prostration pour laquelle ces petits cholériques n'ont déjà que trop de tendance.

3° *Diarrhée convulsive et diarrhée comateuse.*—La diarrhée qui s'accompagne d'attaques éclamptiques ou de convulsions est une diarrhée séreuse, verdâtre, diarrhée de l'entérite, compliquée, la nuit, de petits cris de l'enfant, cris particuliers, caractéristiques, d'un léger strabisme passager, parfois d'inégalité des pupilles, d'une céphalée se manifestant par les mains fréquemment portées à la tête — car l'âge de l'enfant ne lui permet pas encore de dire le point où il souffre — d'une respiration irrégulière, haletante, d'un pouls irrégulier aussi et d'une température inégale avec tendance au refroidissement. Ce sont, en un mot, des phénomènes cérébraux simulant une méningite au début, qui surviennent dans le cours d'une entérite. Mais ce qui les distingue d'une affection cérébrale véritable, c'est la diarrhée elle-même, que l'on ne rencontre pas ordinairement avec la méningite. Celle-ci s'accompagne généralement, au contraire, de constipation, de la mollesse, de la souplesse du ventre, sans phénomène d'hypersécrétion intestinale.

En somme, dans la méningite vraie, les accidents cérébraux sont primitifs; dans la diarrhée ou l'entérite éclamptique, les phénomènes du côté du cerveau sont secondaires.

Faut-il, pour combattre cette nouvelle forme morbide, recourir aux mercuriaux, à l'iodure de potassium, aux bromures, aux vésicatoires à la nuque ou sur le front? Non; cela n'est pas ordinairement nécessaire, car, je le répète, vous êtes en présence d'accidents secondaires. Ce qu'il faut, c'est agir sur le tube digestif, cause première de ces phénomènes cérébraux; c'est lui, c'est l'entérite que vous devez traiter, et, celle-ci guérie, les accidents du cerveau auront disparu avec elle.

Vous ferez le traitement de l'entérite aiguë, cette fois avec l'opium, sans crainte de congestionner le cerveau, quels que soient le délire et l'agitation de l'enfant, à moins cependant que celui-ci ne soit plongé dans le coma, auquel cas vous vous en interdirez absolument l'emploi.

En effet — et nous arrivons ici à ce que j'appellerai la diarrhée comateuse — pour tout enfant chez lequel vous trouverez une diarrhée entraînant la déperdition des forces, une action réflexe et le coma, vous prescrirez le bismuth, la craie préparée, les frictions stimulantes, les bains également stimulants et les vésicatoires, rejetant complètement, au contraire, l'opium ou le laudanum. De plus, vous soutiendrez les forces du petit malade par l'alcool, comme dans le cas de diarrhée simple.

Par contre, dans la fausse méningite, dans la diarrhée compliquée de convulsions éclamptiques, vous pourrez sans crainte administrer l'opium, je le répète encore ici avec insistance, pour bien vous faire saisir les différences qui doivent présider au traitement de l'une ou l'autre de ces affections : diarrhée comateuse et diarrhée éclamptique.

J'ajouterai que les convulsions éclamptiques n'exigent pas, pour survenir, que l'entérite soit intense. Dès que vous les verrez apparaître, vous vous empresserez de les maîtriser en faisant respirer au petit malade de l'éther, en lui prescrivant du bromure de potassium à la dose d'un gramme — à l'âge d'un an — dans une potion, qu'il prendra par cuillerée à café; enfin vous le plongerez dans un bain sinapisé.

Puis, vous adressant au tube digestif, vous ordonnerez, si l'état de l'enfant le permet, un vomitif composé de sirop d'ipéca et de poudre d'ipéca. Enfin si, malgré tous ces soins, les convulsions persistent encore, vous ferez appliquer un vésicatoire à la nuque, vésicatoire qui aura pour effet à peu près certain de faire disparaître toute cause d'excitation cérébrale.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La transfusion.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que l'influence de la transfusion sur la réparation *qualitative* du sang. Mais cette pratique peut être employée en vue de parer à l'insuffisance de la masse liquide retenue dans les vaisseaux; ainsi, dans un cas d'anémie aiguë, à la suite d'une hémorrhagie profuse. On conçoit que, dans ces conditions, le contenu des vaisseaux diminue au point que la circulation devienne impossible pour des raisons d'ordre mécanique. Alors se pose la question de savoir si on réussira à ranimer la circulation et du même coup à prolonger la vie, en injectant dans les vaisseaux un liquide qui n'altère pas ce qui y reste de sang. Voyons d'abord ce que l'expérimentation nous apprend à cet égard.

Dans les expériences qui ont été faites sur des animaux, on a pris comme critérium du pronostic *quoad vitam* des émissions sanguines profuses, les grandes convulsions. Autrement dit, quand un animal est saigné au point de tomber dans de grandes attaques convulsives, on peut être certain qu'abandonné à lui-même il périra; c'est du moins ce qu'affirme M. P. Bert, et sur ce point M. Hayem est d'accord avec lui. Mais il est bien entendu qu'un animal rendu exsangue par les saignées peut succomber sans avoir présenté de grandes convulsions, comme il ressort du passage suivant, emprunté à M. Hayem : « Si quelques-uns de nos animaux *ont succombé sans présenter de grandes convulsions*, tous ceux qui ont présenté ces phénomènes sont morts. » Quoique la chose ne soit point sujette à conteste, l'aveu est bon à retenir.

Ces faits posés, on conçoit que, sur le terrain de l'expérimentation, on ait cru devoir distinguer le cas où la transfusion a été pratiquée chez des animaux exsangues voués à une mort certaine pour avoir eu des convulsions généralisées, et le cas où cette dernière condition n'ayant pas été réalisée, le sort réservé à l'animal par le fait d'une saignée abondante ne pourait être préjugé. Dans le premier cas, mais non dans le second, on possède un élément d'appréciation rigoureuse de l'efficacité réelle de tel ou tel mode de transfusion, et voici les résultats annoncés par M. Hayem :

Quand chez un animal on remplace par du sang défibriné

une quantité de sang dont la perte serait immédiatement mortelle, on ne fait que retarder la mort.

Quand on opère avec du sang complet, la transfusion est au contraire suivie d'une survie définitive.

La transfusion d'un sérum artificiel est tout aussi inefficace, au point de vue du résultat final, que l'emploi de sang défibriné.

S'ensuit-il que chez l'homme, dans un de ces cas d'anémie aiguë par hémorrhagie profuse, spontanée ou traumatique, la transfusion avec du sang complet soit seule indiquée, et les autres modes de transfusion doivent-ils être rejetés comme inefficaces ou dangereux? Non, et M. Hayem a pris soin de déclarer qu'au point de vue pratique on se trouve rarement dans les conditions où nous nous plaçons dans les expériences. En effet, en présence d'un homme qui vient de perdre une excessive quantité de sang à la suite d'une blessure, en présence d'une femme en voie de délivrance qui se meurt d'hémorrhagie, nous n'attendons pas, pour intervenir, l'explosion d'une attaque convulsive, à seule fin de nous prononcer en toute connaissance de cause sur l'efficacité de la médication que nous emploierons.

Il suffit que l'hémorrhagie ait entraîné la résolution, le coma, pour que nous nous décidions à une intervention énergique. Le péril nous paraît même assez imminent pour réclamer une intervention rapide; dans ces conditions, la transfusion avec du sang complet, qui nécessite une instrumentation assez compliquée et une dépense de temps relativement considérable, ne saurait convenir, ni la transfusion avec du sang défibriné, qui est passible de ce dernier reproche, sans compter qu'elle a des dangers sérieux. C'est de la sorte qu'on a été amené à expérimenter sur l'homme dans ces cas d'anémie aiguë, l'emploi de la transfusion avec un sérum artificiel. Les expériences de laboratoire avaient démontré que dans les cas où après une saignée abondante les animaux sont affaiblis, plus ou moins résolus, mais sans que, en l'absence de grandes convulsions, on pût les considérer comme voués à une mort certaine, on réussit à les ranimer et d'une façon définitive, en leur injectant dans les vaisseaux un liquide sans action délétère sur les globules rouges. Les faits de MM. Jolyet et Laffont, de Cronecker, de Sander, de M. Hayem, sont là pour attester qu'il en est ainsi. Schwartz, en Allemagne, était parti de là pour déclarer que la transfusion avec le sérum artificiel (solution alcaline de chlorure de sodium), employé dans ces expériences, est indiquée dans les cas d'anémie aiguë chez l'homme. Le professeur Bischoff (1), de Bâle, osa tenter l'aventure; le résultat dépassa ses espérances. C'était chez une femme de 31 ans, primipare, qui accoucha d'un enfant mort-né du poids de 3,450 grammes. L'accouchement avait été très laborieux et la perte de sang très abondante. On avait pu recueillir 1,490 grammes de ce liquide, sans tenir compte de ce qui s'était répandu dans les linges. Cette femme était dans le collapsus et c'est en vain que pour la rappeler à elle on eut recours aux réconfortants et aux pratiques d'un usage habituel en pareil cas. La mort paraissait imminente lorsqu'on se décida à lui injecter dans les vaisseaux une solution alcaline de chlorure de sodium. On mit à nu l'artère radiale gauche, et après que ce vaisseau eut été ligaturé, on pratiqua une fente en aval de la ligature. Par cette fente, on introduisit une canule en caoutchouc durci, se continuant par un tube en caoutchouc ordinaire, long de 60 centimètres et dont l'autre extrémité était fixée à un entonnoir en verre. A l'aide de cet instrument si simple, on fit pénétrer dans la radiale environ 1,250 grammes d'une solution contenant 0 gr. 6 de chlorure de sodium pour 100 d'eau additionnée de quelques gouttes d'hydrate de potassium. On mit une heure environ à faire pénétrer cette quantité de liquide dans l'artère. Pendant ce temps, le niveau du liquide dans le tube en caoutchouc fut maintenu à 50-60 centimètres au-dessus du bras. Cette femme se ranima très vite et elle se rétablit complètement malgré qu'elle eût à se débattre avec des complications puerpérales. La plaie artérielle guérit par première intention.

Sans accorder à cette expérience clinique isolée plus d'importance qu'elle n'en mérite, on peut prévoir que la transfusion avec un sérum artificiel obtiendra, dans un avenir prochain, la préférence sur les autres modes de transfusion, pour les cas où cette opération est réclamée par une anémie aiguë qui ne comporte pas un pronostic absolument fatal. Lorsque, au contraire, on aura à lutter contre les suites d'une hémorrhagie assez abondante pour entraîner de grandes convulsions, la transfusion avec du sang complet donnera seule des chances de salut, s'il faut en croire les résultats des expériences, peu nombreuses d'ailleurs, de M. Hayem. Or, en pareils cas, le patient a encore plus de chances de succomber avant qu'on ait eu le temps de le mettre à même de bénéficier de ce genre de transfusion.

Voilà pour les indications de la transfusion dans les cas d'anémie aiguë. Et pour les cas d'anémie chronique? « Dans la grande majorité des cas, a dit M. Hayem, l'anémie chronique d'origine pathologique, celle de la chlorose, par exemple, s'accompagne, comme l'anémie traumatique non aiguë, d'une production relativement considérable d'hématoblastes, et dans ces diverses conditions la régénération du sang se fait d'après le même mécanisme, obéit aux mêmes lois. Aussi est-il logique d'admettre que, dans ces cas, la transfusion, même avec du sang défibriné, doit agir comme à la suite des pertes de sang, et notamment activer le travail d'hématopoiese et favoriser la formation de nouveaux globules. » Je me permettrai de faire remarquer que, dans la pratique, les choses se présentent un peu différemment. Les anémies chroniques graves sont celles où les organes, considérés comme les foyers de l'hématopoièse, ont pâti profondément dans leur nutrition et dans leur structure intime. Si l'effet d'une transfusion est surtout d'activer le fonctionnement des organes hématopoiétiques et de favoriser la formation de nouveaux globules, nous n'avons qu'en faire en pareils cas. Et lorsqu'il s'agit d'une anémie chronique qui ne dépend pas d'une lésion organique grave, chez un sujet dont les fonctions digestives et nutritives sont encore en bon état, nous avons, pour stimuler l'hématopoièse, des moyens plus simples que la transfusion, et je doute que cette pratique prenne jamais rang parmi les médications courantes des anémies telles que la chlorose!

Reste l'action *palliative* de la transfusion avec du sang complet, pratiquée dans un cas d'anémie chronique grave, et dans le seul espoir de prolonger l'existence du malade. Aux faits publiés sans parti pris et sans prévention de nous dire si, en pareilles circonstances, les avantages de la transfusion ne sont pas contrebalancés par ses inconvénients et ses dangers.

E. Ricklin.

---

(1) Centralblatt fur Gynécologie, n° 23, 1881

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 30 janvier. — Présidence de M. JAMIN.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — SUR LES RELATIONS DU SYSTÈME VASO-MOTEUR DU BULBE AVEC CELUI DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ L'HOMME, ET SUR LES ALTÉRATIONS DE CES DEUX SYSTÈMES DANS LE COURS DU tabes sensitif. Note de M. A. PIERRET, présentée par M. VULPIAN.

L'étude des maladies des centres nerveux comprend la solution de trois problèmes principaux, et implique l'examen et l'explication des phénomènes morbides engendrés par les altérations anatomiques et fonctionnelles des trois grands systèmes : moteur, sensitif et vaso-moteur.

Dans le cours de mes travaux sur l'inflammation chronique du système sensitif, *tabes sensitif, sclérose médullaire postérieure, ataxie locomotrice progressive*, j'ai été amené à rechercher la cause de symptômes que j'avais observés dans cette affection, et dont quelques-uns sont bien connus, tandis que d'autres sont à peine indiqués par les auteurs. Ce sont, par exemple, les crises douloureuses gastriques, œsophagiennes, laryngées, la gastrorrhée, les crises de diarrhée, les troubles sécrétoires et vaso-moteurs observés sur le tégument, sous forme de sueurs locales ou de zones de constriction ou de dilatations vasculaires plus ou moins étendues et quelquefois dimidiées.

Tous ces phénomènes et d'autres encore ne peuvent être imputés qu'à un trouble fonctionnel des nerfs mixtes, glosso-pharyngien, pneumo-spinal et du grand sympathique. Or ces différents nerfs constituent dans les centres nerveux, moelle, bulbe et protubérance, un système anatomique intermédiaire avec zones motrices et sensitives.

Ce système fournit, au niveau de l'origine apparente des nerfs auditifs et faciaux, un nerf vaso-moteur, le nerf de Wrisberg, émanation directe de ce faisceau mixte ascendant, connu sous le nom de *faisceau solitaire* de Stilling, colonne grêle (*slender column* de Clarke).

Cet intéressant faisceau de fibres, au-dessous du point d'émergence du nerf de Wrisberg, fournit des rameaux vaso-moteurs au glosso-pharyngien, plus bas au groupe du pneumo-spinal, sans cesser de se maintenir en rapport soit avec les ganglions moteurs vrais, soit avec les ganglions sensitifs.

A ce niveau, tous les anatomistes perdaient de vue la colonne grêle et lui assignaient souvent les trajets les plus fantaisistes (Clarke, Meynert). J'ai réussi à démontrer, au moyen de coupes longitudinales du bulbe faites à l'état pathologique et normal, que cette colonne, en grande partie vaso-motrice, s'incurve au niveau de l'entrecroisement des pyramides, et, décrivant une courbe à convexité externe, se place aux côtés du spinal inférieur, puis reprend dans la moelle une situation analogue à celle qu'elle occupait dans le bulbe, c'est-à-dire intermédiaire, avec zones motrices et sensitives.

Dans cette position, elle s'adjoint aux fibres ascendantes qui occupent le *cervix cornu-posterioris* et la partie profonde des cordons latéraux, région éminemment mixte, qui renferme des tubes nerveux sensitifs, moteurs et vaso-moteurs. Ces derniers émanent visiblement de la chaîne d'amas ganglionnaires qui occupe l'angle externe de la corne antérieure, porte le nom de *tractus intermedio-lateralis*, et passe avec raison pour représenter les origines intra-spinales du grand sympathique.

Dans le cours du *tabes sensitif*, cette région, qui renferme non pas des nerfs mixtes, mais des faisceaux mixtes des nerfs, est très fréquemment intéressée. Alors apparaît toute une série de phénomènes sensitivo-vaso-moteurs, qui viennent compliquer la marche et obscurcir le diagnostic de la maladie.

J'ai pu m'assurer de ces lésions plusieurs fois, et démontrer que c'est toujours à la sclérose secondaire ou primitive de ce système bulbo-spinal, satellite des nerfs réputés mixtes, que l'on doit attribuer l'apparition de tous les symptômes qui, de près ou de loin, impliquent un trouble circulatoire ou une altération de la sensibilité des organes splanchniques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique consulte l'Académie sur la question de savoir s'il a été fait à Paris une enquête touchant les dangers et les inconvénients des hôpitaux de varioleux pour les quartiers environnants.

Il résulte des renseignements donnés par MM. Hillairet, Larrey, Fauvel, Bouchardat, etc., qu'il n'y a jamais eu d'enquête sur ce sujet

— La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Simorre sur le traitement de l'angine ;

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Richard, médecin-major de première classe à l'hôpital de Philippeville, sur *le parasite de la malaria*. (Commissaires : MM. Pasteur, Léon Collin et Laboulbène.)

3° Une lettre de M. Bruel, pharmacien à Paris, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

4° Un travail du docteur Picot (de Bordeaux), intitulé : *Note sur le traitement de la colique de plomb aiguë par l'extrait de belladone et l'huile de croton tiglium.*

5° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Pommay, médecin en chef de l'hôpital de Teoïet-el-Haad, intitulé : *Étude sur le rôle de la fatigue dans les épidémies de fièvre typhoïde.*

6° Un travail de M. Fouilhoux, ancien médecin de la marine, intitulé : *La fièvre jaune à bord de la frégate-hôpital l'Amazone, devant Vera-Cruz, en 1862.*

— M. NOEL GUENEAU DE MUSSY présente, au nom de M. le docteur Baréty (de Nice), une brochure intitulée : *Des propriétés physiques d'une force particulière du corps humain* (force neurique rayonnante), connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal.

M. TARNIER présente à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique, moins intéressante par elle-même que par les conditions cliniques au milieu desquelles elle a été recueillie.

Le 19 février, une femme accouchait à la Maternité d'un enfant vivant qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal, et, un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve.

Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent ce placenta au dehors. Quand la sage-femme qui procédait à la délivrance voulut éloigner le placenta de la vulve, elle s'aperçut qu'une portion des membranes résistait aux tractions douces faites sur elles. Dans ces cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force et d'appliquer sur les membranes adhérentes un fil, comme on le ferait sur le cordon ombilical. Ce fil, dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes.

L'aide sage-femme de la Maternité se conforma à ces préceptes. Mais bientôt une hémorrhagie survint, et, au milieu d'un flot de sang, un placenta supplémentaire fut expulsé. On voit sur la pièce présentée le placenta principal dont le poids est de 410 grammes, et un placenta accessoire du poids de 140 grammes. Entre les deux placenta il existe un pont membraneux ; le pont membraneux aurait pu se rompre, et, le placenta principal étant expulsé, le médecin le plus instruit aurait pu croire que la délivrance était complète, alors que l'utérus aurait retenu le placenta accessoire. On peut

donc supposer que des faits analogues pourraient se produire, et, quand une femme meurt de septicémie par putréfaction d'un cotylédon placentaire, il faut se rappeler ces faits et ne pas trop se hâter de déclarer que la délivrance a été faite avec négligence.

Mais ne serait-il pas possible de reconnaître l'existence de ces placenta accessoires?

Après l'expulsion du placenta hors de la vulve, il est fréquent d'observer un prolongement membraneux restant dans l'utérus, que retient une partie des membranes de l'œuf. M. Tarnier attribue cette rétention des membranes à trois causes principales :

1o L'adhérence anomale des membranes, qui, de toutes les causes, est la plus fréquente;

2o L'entortillement des membranes autour d'un caillot qui ne peut pas facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté;

3o L'existence d'un placenta accessoire.

Lorsqu'il s'agit d'adhérences anomales ou de caillots entortillés dans les membranes, le pont membraneux qui s'étend de l'utérus au placenta expulsé ne contient pas de vaisseau. Au contraire, quand il s'agit d'un placenta accessoire, on trouve dans ce pont membraneux des rameaux qui relient le placenta principal au placenta accessoire. Avec de l'attention, de bons yeux, et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent par la vulve, on peut donc diagnostiquer ces placenta accessoires, quand les membranes qui pendent à la vulve contiennent quelques vaisseaux sanguins.

M. Blot ne partage pas l'opinion de M. Tarnier sur la très grande fréquence de l'adhérence des membranes à la cavité utérine. Pour lui, le plus souvent l'adhérence apparente est réellement une rétention due à une contracture du col.

— M. Ball, candidat pour la section de pathologie médicale, lit un travail intitulé : *Considérations sur un cas d'hallucinations de l'ouïe, consécutives à une inflammation de l'oreille moyenne.* (Voir Premier-Paris.)

— M. Chatin, au nom d'une commission composée de MM. Bouley, Proust et Chatin, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Decaisne, relatif *à la prohibition des viandes américaines*.

Après avoir rappelé les avantages de l'examen microscopique, pour lequel, dit-il, il suffirait de cent experts au maximum, il conclut en proposant de remercier l'auteur de la communication qui a motivé ce rapport et de déposer son travail aux archives de l'Académie.

Après quelques observations de MM. Proust, Bouley, Fauvel, Leblanc, Rochard, etc., M. Jules Guérin fait remarquer que, postérieurement à la rédaction du rapport de M. Chatin, M. le ministre du commerce a officieusement demandé à l'Académie son avis sur la prohibition des viandes américaines, question au sujet de laquelle deux projets de loi viennent d'être déposés à la Chambre des députés. Or, dans ces conditions, il est indispensable de formuler des conclusions qui puissent répondre directement à la demande du ministre, et être l'objet d'un vote après discussion approfondie. En conséquence, M. Jules Guérin propose de renvoyer le rapport à la commission, qui en modifierait la rédaction dans ce sens.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Asphyxie par l'oxyde de carbone, hémiplégie consécutive. — M. Rendu complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance et qu'il avait été forcé d'écourter par suite d'un ordre du jour très chargé. Il passe en revue les quelques rares travaux qui ont été publiés sur les paralysies consécutives à l'asphyxie par l'oxyde de carbone, question qui a été traitée pour la première fois, en 1843, par M. Bourdon, dans sa thèse inaugurale. Une ou deux des observations rapportées daos une autre thèse, celle de M. Laroche, en 1865, présentent seules quelque analogie avec la malade de M. Rendu.

Quant à celle-ci, il considère les accidents, dont elle a été atteinte à la suite de l'intoxication par la vapour de charbon, comme résultant d'une névrite d'origine centrale.

Alimentation forcée des phthisiques. — M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Krishaber relative à la communication faite dans une précédente séance par M. Desnos, lettre dans laquelle l'auteur veut quo les accidents qui ont été rapportés soient le résultat de l'introduction de la sonde dans les voies aériennes. M. Krishaber propose un petit procédé destiné à éviter ces pénétrations.

M. Desnos maiotient que si les aliments lactés ont pénétré dans es voies respiratoires, cela a été dû uniquement à un spasme œsophagien qui a occasionné un reflux du liqnide introduit dans l'estomac. Il considère le procédé de M. Krishaber comme d'une pratique difficile.

M. Gouguenheim combat à son tour les assertions de M. Krishaber de la manière suivante :

1o Le cathétérisme de l'œsophage est si facile que cette exploration est pratiquée avec succès par tous les médecins, et, contrairement à ce qui se passe pour le cathétérisme du larynx, où l'écueil est l'introduction dans l'œsophage, ici l'entrée dans le larynx serait absolument exceptionnelle.

2o Il est facile de distinguer l'introduction dans l'œsophage de l'entrée dans le larynx d'un instrument explorateur; dans le premier cas, on perçoit une constriction; dans le second cas, l'instrument explorateur tombe dans le vide, et ceux qui ont manié ces instruments ne peuvent ignorer la sensation à laquelle je fais allusion. Il est vrai que cette sensation disparaît vite en raison de la rapidité avec laquelle le spasme se produit;

3o Si l'introduction d'un instrument, d'une sonde, ou d'un porte-médicaments dans l'entrée du larynx est à peu près innocente, il n'en est pas moins vrai que le séjour prolongé, pendant même vingt ou trente secondes, n'en détermine pas moins très rapidement de l'angoisse, de la dyspnée, et ce séjour dans l'intérieur du larynx ne pourrait se continuer plus longtemps sans daoger.

4o Quant à l'introduction d'un liquide dans les voies aériennes, elle est innocente le plus souvent, c'est vrai, mais il n'est pas possible de dire que l'introduction de tous les liquides soit aussi indifférente. La physiologie et la clinique nous l'ont appris depuis longtemps.

5o Le maniement des instruments dans l'intérieur du larynx n'est presque jamais suivi d'accidents, mais le fait peut n'être pas constant.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que la résistance que le tube peut éprouver parfois à pénétrer dans l'œsophage tient à une disposition anormale de la muqueuse qui, dans certains cas, est très lâche et forme de véritables replis contre lesquels la sonde vient buter. Il a constaté le fait à l'autopsie d'un de ses malades.

Anasarque aigue généralisée, sans albumine, consécutive a l'angine. — M. Lereboulet commuoique le résumé d'un certain nombre d'observations recueillies par M. le docteur Pinaud (d'Oléron) dans un pays où la fièvre paludéenne règne constamment.

Considérations sur un cas de rage humaine traité par le hoang-nan. — Il s'agit d'un individu conduit, en plein accès de rage, à l'hôpital Beaujon, dans le service dirigé à cette époque par M. Gingeot. Cet homme, âgé de quarante-sept ans, avait été mordu deux mois auparavant à la main droite par un chien suspect. A son arrivée dans les salles, un lavement avec 5 grammes de chloral n'avait pas diminué sensiblement la violence de l'excitation morbide poussée à son plus haut paroxysme.

C'est alors que M. Gingeot songea à l'*hoàng-nàn*, substance mé-

dicamenteuse signalée depuis peu aux médecins par les missionnaires de l'Extrême-Orient comme très usitée au Tong-King dans un certain nombre d'affections diverses, peu ou point curables, et notamment dans la rage. Malheureusement, beaucoup de temps fut perdu pour s'en procurer, la pharmacie de l'hôpital n'en possédant pas.

Néanmoins, dès que ce médicament fut entre ses mains, M. Gingeot fit faire des pilules composées de :

Hoàng-nàn pulvérisé.....		0 gr. 10 centigrammes.
Réalgar } Alun }	ââ	0 gr. 75 centigrammes.
Miel } Vinaigre }	ââ	Q. S.

le vinaigre ayant pour but de rendre solubles les principes actifs du hoàng-nàn.

La première pilule, administrée dans une cuillerée d'eau pure, fut rendue presque aussitôt. La seconde, donnée dix minutes plus tard, arriva dans l'estomac et y resta. Après dix autres minutes, deux pilules furent encore prises, toutes deux à la fois, au moyen d'une cuillerée de vinaigre, mais le malade les rendit aussitôt; une partie même de la seconde pilule administrée antérieurement et conservée tout d'abord fut expulsée à son tour.

A peine les vomissements étaient-ils terminés qu'il éclatait une attaque tétaniforme suivie, apres quelques secondes de durée, d'une résolution générale, et le malade restait plongé dans le coma. M. Gingeot recourut alors aux injections hypodermiques de hoàng-nàn, obtenu en délayant plusieurs pilules dans une certaine quantité d'eau, de façon que chaque injection renfermât 20 centigrammes d'écorce pulvérisée. La première injection, faite au bras gauche, sembla ranimer le malade; la seconde, pratiquée au bout d'une heure et demie sur l'avant-bras droit, resta sans effet, et deux heures plus tard le malade succombait.

Cet insuccès, dit M. Gingeot, ne doit pas décourager les expérimentateurs, car la médication n'a pu être mise en usage ici que très tardivement, et de plus le mode d'administration par la bouche est défectueux : la dose absorbée par le malade a été beaucoup trop faible et bien inférieure à celle qui a été prescrite par les promoteurs de la méthode; enfin les injections n'ont été ni assez rapprochées ni assez nombreuses.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a lieu de chercher par des études cliniques à vérifier l'opinion accréditée au Tong-King sur l'utilité du hoàng-nàn contre la rage;

2° La pratique orientale qui consiste à faire prendre le médicament par la houche doit être rejetée, d'abord à raison de la dysphagie, ensuite à cause de l'éventualité des vomissements;

3° Le meilleur mode d'administration paraît devoir être l'injection sous-cutanée d'une solution aqueuse au dixième d'un extrait alcoolique ou acéto-alcoolique du hoàng-nàn, chaque centimètre cube de cette solution représentant probablement, sous le rapport de l'activité, environ trois des pilules dont les Tonkinois font usage;

4° Les injections seraient pratiquées itérativement à de courts intervalles, de la mémo façon qu'on ferait prendre les pilules si l'on suivait le procédé oriental;

5° La dose maxima ne pouvant être indiquée d'avance, on ne suspendrait définitivement les injections qu'après avoir produit les phénomènes d'intolérance dont l'apparition coïncide, paraît-il, avec les effets thérapeutiques attendus.

M. Dujardin-Beaumetz approuve vivement la voie hypodermique comme la seule praticable chez les individus atteints de rage. Il rappelle aussi que la fausse angusture présente une composition chimique identique à celle de l'hoàng-nàn, ainsi qu'une structure végétale semblable.

Puis, étudiant la rage à un autre point de vue, il appelle l'attention sur ce fait très important qu'il a observé personnellement, à savoir que tout individu mordu à travers un vêtement ou une étoffe quelconque est préservé de la rage. Un seul, à sa connaissance, a fait exception. Une morsure directe, c'est-à-dire sur des parties nues, peut encore guérir si les dents du chien se sont trouvées avoir été essuyées par un moyen quelconque.

Autre fait : M. Beaumetz a en l'occasion d'essayer le traitement russe par les étuves, préconisé par M. Pasteur, et l'ail ou le sulfure d'aline. Il a tout à la fois prescrit des bains de vapeur, des capsules de sulfure d'aline et de l'ail aux repas, à un homme mordu au doigt indicateur par un chien enragé, et depuis six mois que l'accident est arrivé la rage n'a pas éclaté. Ce même traitement, il l'applique aussi à une jeune fille se trouvant dans les mêmes conditions, et la rage n'a point encore apparu. Est-ce là une simple coïncidence?

Toujours est-il, par contre malheureusement, que dès que la rage est déclarée, jusqu'à présent aucune médication n'est parvenue à enrayer les accidents.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Monod : Dans sa dernière séance, M. Desprès, le défenseur des vieux pansements, est venu apporter une statistique des résultats obtenus dans son service pendant l'année dernière, et il a demandé à ses collègues de bien vouloir en faire autant. Je ne puis, pour ma part, faire de statistique, car je n'ai pas encore de service. Mais si l'on tient compte du consensus universel de l'Angleterre, de l'Amérique, de l'Allemagne, il est difficile de contester les progrès faits dans les méthodes de pansement. Du reste, si l'on considère les statistiques des vieux chirurgiens, de Malgaigne, Trélat, etc., on voit qu'il y avait une mortalité de 50 0/0. Aujourd'hui, nous n'en sommes plus là, et il existe dans le dernier fascicule de Pitha et Billroth un travail de statistique comme le demandait M. Desprès, et fait par Max Schede. Cette statistique comprend d'une part les opérations faites par les chirurgiens qui emploient les pansements antiseptiques, et d'autre part les opérations faites par des chirurgiens qui se servent encore des vieux pansements. Pour les premiers, la mortalité est de 17 0/0, et pour les seconds elle est de 38 0/0. Si dans cette statistique on supprime les cas de mort par pyohémie, on arrive à peu près à la même proportion dans les deux cas, ce qui revient à dire que les pansements antiseptiques ont supprimé l'infection purulente. Et si M. Desprès a une aussi bonne statistique que celle qu'il nous a présentée, c'est qu'il ne suit pas tout à fait les anciens errements, qu'il soigne très hien ses malades et qu'en un mot il fait de l'antisepsie malgré lui.

M. Anger : Dans la dernière séance, M. Desprès a fait allusion à une femme de soixante et onze ans qui est allée mourir dans son service, et qui avait subi dans mon service plusieurs ponctions pour un kyste de l'ovaire. A la suite, j'avais fait des lavages de la poche avec du chlorure de zinc, et la malade avait quitté mon service en bonne santé. Je serai reconnaissant à M. Després de me dire ce qu'il a trouvé à l'autopsie et quel était l'état du kyste de l'ovaire.

M. Desprès : Cette malade a été apportée dans mon service avec une péritonite chronique; elle vomissait, avait de la fièvre, des douleurs de ventre et mourut quelques jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, je trouvai le kyste rompu en plusieurs endroits, mais ne renfermant pas de pus dans son intérieur. Mais, à côté du kyste, il y avait une poche renfermant environ une demi-bouteille de pus bien lié. Je pourrai, du reste, donner à M. Anger des détails plus précis.

Pour répondre à M. Monod, je dirai qu'en effet je n'aime pas beaucoup à toucher aux plaies de mes opérés, et je ne fais pas comme faisaient certains chirurgiens qui, chaque matin, frottaient la surface de la plaie avec une éponge. J'y laisse au contraire tou-

jours tout le pus que la nature y a produit, pensant que le pus est le topique naturel des plaies. Et je crois que dans les résultats obtenus il faut considérer autre chose que le pansement; c'est surtout la manière de soigner les blessés qui influe sur le résultat.

M. Anger : A l'hôpital Cochin, où j'emploie des pansements antiseptiques, j'ai eu l'an dernier, sur 1,140 malades, 28 morts, tandis que M. Després a eu 23 morts sur 406 malades. Et sur nos 28 morts il y a eu 4 cas de tétanos presque en même temps; cela a été comme une petite épidémie; cela m'a frappé et m'a rappelé un fait que j'ai observé à Clamart il y a plusieurs années. Il y avait dans les écuries de Clamart deux chevaux qui tous deux moururent de tétanos spontané. Une chienne qui habitait la même écurie prit le tétanos, et ses six petits moururent aussi successivement du tétanos.

M. Sée : Lorsque j'étais à Cochin, j'ai observé un cas de tétanos chez une femme qui avait un squirrhe du rein très légèrement ulcéré.

M. Terrier : Je suis assez étonné d'entendre parler d'*épidémie de tétanos*, et puisque M. Anger s'est placé sur le terrain de la médecine vétérinaire, je l'y suivrai. Chez les chevaux on observe des épidémies de tétanos traumatique, mais cela tient tout simplement à la façon dont se conduisent les vétérinaires. J'ai vu faire la castration des chevaux dans les haras, et dès que l'opération est faite on laisse les animaux se promener au froid pendant plusieurs heures; il n'est pas étonnant que dans ces conditions il y ait de nombreux cas de tétanos. Mais le tétanos spontané est bien différent chez les animaux de ce qu'il est chez l'homme. Quant au fait de M. Anger, ce cas de tétanos spontané du cheval transmis au chien, c'est un fait que je crois unique dans la science et très intéressant.

— M. Guermonprez lit un travail sur les manœuvres de réduction dans les cas de traumatisme de la colonne vertébrale. Le travail est renvoyé à une commission ayant M. Terrier pour rapporteur.

— M. Polaillon fait une communication sur la section souscutanée des adhérences dans la réduction des luxations anciennes de l'épaule. Lorsque les adhérences sont très solides et résistent aux efforts de traction, il faut avoir recours à ce procédé, qui a été déjà employé par quelques chirurgiens. Dans un cas de luxation datant de deux ans, Diffenbach fit la section de la capsule de nouvelle formation, obtint la réduction et guérit le malade. En 1852, Simon fit pour un cas semblable la section des adhérences fibreuses. M. Panas en parle dans son article sur les luxations.

Il y a quinze jours j'ai présenté à la Société un malade auquel j'avais fait cette opération et qui m'avait parfaitement réussi.

C'est une opération facile et sans danger et pour laquelle je propose les règles suivantes : lorsqu'une luxation ancienne résiste à une traction de 150 kilos, on est en droit de faire la section sous-cutanée. Celle-ci se fait en introduisant un ténotome pointu à un centimètre au-dessus de l'acromion; on enfonce ce ténotome jusqu'à la tête de l'humérus, puis on le remplace par un ténotome mousse avec lequel on va couper les adhérences de la capsule de nouvelle formation. On ferme la petite plaie; pansement antiseptique, et trois jours après on opère des tractions pour obtenir la réduction.

— M. Blum lit un travail sur l'arrachement du nerf sous-orbitaire pour la névralgie du trijumeau. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Berger, Chanvel et Pozzi rapporteur.

— M. Humbert lit une note sur un cas de gangrène foudroyante guérie par les grandes incisions et la cautérisation au fer rouge. Le travail est renvoyé à une commission composée de MM. Anger, Forget et Labbé rapporteur.

— M. Reclus lit un travail sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère. Commissaires : MM. Anger, Berger et Nicaise, rapporteur.

— M. Berger présente deux malades : l'un auquel il a enlevé, il y a quatorze mois, un épithélioma du plancher de la bouche et dont la guérison s'est maintenue.

L'autre est un malade qui avait une ulcération rebelle d'un moignon d'amputation, et qui fut traité par la méthode italienne, en remplaçant le lambeau ulcéré par un lambeau sain pris sur l'autre jambe.

— M. le docteur Dubreuil (de Montpellier) est nommé membre honoraire de la Société.

H. Bastard.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de la main, par A. Blum, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Paris, Asselin et Cie, 1882.

Il est difficile aujourd'hui de ne pas décrire isolément la pathologie des régions importantes de l'économie; la multiplicité des faits connus; l'importance des organes en cause imposent la nécessité de leur consacrer une monographie spéciale. Les traités classiques de pathologie ne pourraient entrer dans ces détails sans acquérir des proportions qui en rendraient la composition indigeste et la lecture difficile.

Aussi devons-nous savoir gré aux auteurs qui prennent un coin de la pathologie pour le mettre en lumière. C'est ce travail que M. Blum vient d'accomplir pour la main.

En deux cents et quelques pages, il a écrit l'histoire pathologique de cet organe si important; ce faible volume de l'ouvrage indique nettement le but que M. Blum s'est proposé, résumer d'une manière claire et méthodique l'ensemble de nos connaissances sur ce sujet en éliminant les faits douteux et les discussions de doctrine plutôt que faire un traité didactique complet. La personnalité de l'auteur se révèle dans l'exposition précise et nette des faits et dans la publication de trois observations inédites d'une maladie rare, le *Doigt à ressort*, dont la cause serait une nodosité d'origine indéterminée développée sur les tendons fléchisseurs et venant buter sur un obstacle siégeant à l'extrémité centrale de leur gaine fibreuse.

Le traité comporte une série de grandes divisions naturelles qui en font un ouvrage facile à consulter : les affections congénitales, les affections traumatiques, les affections inflammatoires aiguës et chroniques, les manifestations sur les doigts de la syphilis et de la scrofule, y sont successivement passées en revue au point de vue spécial de leur diagnostic et de leur traitement.

Une seconde partie de l'ouvrage a trait aux déformations acquises de la main, à la crampe des écrivains et aux tumeurs de la région.

Enfin une troisième partie comprend la médecine opératoire et la prothèse.

A première vue, on est étonné que tant de sujets différents et présentant chacun une grande importance aient pu trouver place dans cet opuscule : mais une extension plus grande donnée à chaque partie aurait fait perdre à l'ouvrage le caractère essentiellement pratique que son auteur a voulu lui imprimer.

G. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sach und Autoren-Register über die ersten Zehn Jahrgange von Maly's Jahresbericht für Thier-Chemie. — Librairie J.-F. Bergmann, à Wiesbaden.

L'an dernier, nous avons eu l'occasion de rendre compte dans

la GAZETTE MÉDICALE du *Jahresbericht für Thier-Chemie von Maly*, et nous avons dit tout le bien que l'on devait penser de cet excellent recueil, qui résume d'une manière aussi exacte que succincte l'ensemble des travaux de l'année sur la chimie biologique.

L'éditeur vient de publier la table très complète des dix premiers volumes (1871-1880); la rédaction en a été confiée à M. Rudolph Andreasch, et ce jeune savant s'est parfaitement acquitté de sa tâche. Les analyses contenues dans les dix volumes du *Maly's Jahresbericht* sont divisées en deux tables : la première, par ordre de matières, est très détaillée; la seconde, par noms d'auteurs, rappelle encore une fois l'objet du travail analysé.

HANSTEIN. — LE PROTOPLASMA CONSIDÉRÉ COMME BASE DE LA VIE DES ANIMAUX ET DES VÉGÉTAUX. (BIBLIOTHÈQUE BIOLOGIQUE INTERNATIONALE. — Paris, in-12. O. Doin, 1882.)

Les actions produites dans chaque être vivant découlent de causes infinies : chercher la source de ces forces et leur mode d'action sur les atomes, c'est chercher et étudier le siège primordial de la vie, l'organite cellulaire. Étant donné ce point de départ, l'auteur étudie la cellule et la constitution du corps cellulaire protoplasmique au double point de vue de leur statique ou de leur dynamique (courants de sève, déplacements, changements et autres mouvements du corps cellulaire ou de ses membres). Tous ces phénomènes, d'apparence mécanique sont des manifestations chimiques du protoplasma. Celui-ci est l'agent essentiel de la construction de l'individu organisé, et l'arrangement d'un grand nombre de cellules en tissus cellulaires n'est qu'une des manifestations de son activité. Sa division, la dissolution des membranes, la réunion des cellules, etc., sont quelques-unes des forces qu'il met en œuvre pour remplir cette fonction.

Les exemples sur lesquels s'appuie l'auteur sont empruntés exclusivement au règne végétal; mais, dans un dernier chapitre, il tente d'appliquer aux cellules animales les règles qu'il a précédemment établies et conclut en disant que les cellules des plantes et des animaux ont une valeur morphologique de même ordre, et qu'elles parcourent des séries analogues de formes ascendantes diverses.

L'ouvrage de Hänstein est intéressant, mais la lecture en est rendue difficile par le caractère abstrait et vague de son exposition.

H. ROBERTS. — LES FERMENTS DIGESTIFS; LA PRÉPARATION ET L'EMPLOI DES ALIMENTS ARTIFICIELLEMENT DIGÉRÉS. (BIBLIOTH. BIOL. INTERNAT. — Paris, in-12. O. Doin, 1882.)

Bon résumé sur la chimie digestive et le rôle des ferments gastrique et pancréatique. — Préparation et emploi des aliments peptonisés (lait, gruau, potages, gelées, tisane de bœuf). D'après les expériences de Plosz et Gyorgyai, Maly, Adamkiewicz et celles de l'auteur, la valeur nutritive du lait peptonisé égale absolument celle du lait maternel.

L'auteur a employé les aliments peptonisés avec succès en clinique dans les cas suivants : vomissements urémiques, catarrhe gastrique, anémie pernicieuse, ulcères gastriques.

N.-P. WASSILIEFF. — Sur l'influence du calomel sur les fermentations et sur la vie des micro-organismes. (ZEITSCHRIFT FÜR PHYS. CHEMIE, 1882, t. VI, p. 112.)

A. LEBEDEFF. — Sur l'alimentation avec la graisse. (Ibid., p. 139.)

Travail très soigné dans ses détails; mais la conclusion des recherches de l'auteur ne se dégage pas nettement à la lecture de son mémoire.

W. KLINKENBERG. — Sur la contenance en azote de divers aliments. (Ibid., p. 155.)

F.-HOPPE ZEYLER. — Sur la méthémoglobine. (Ibid., p. 166.)

F. ROEHMANN. — Sur la fermentation acide de l'urine. (Ibid., 1881.)

La fermentation acide de l'urine, dans le sens où la comprenait Scherer, n'existe pas, mais on voit certaines urines augmenter d'acidité dans les quelques jours qui suivent leur émission. Cet excès d'acidité a été attribué à plusieurs causes :

1° La fermentation lactique de la petite quantité de sucre normalement contenue dans l'urine (ce fait n'est admis ni par Külz, ni par Kühne);

2° La dissociation des acides copulés de l'urine; mais les analyses de l'auteur prouvent qu'il n'en est rien;

3° La formation d'acide nitreux aux dépens des nitrates normaux ou accidentels contenus dans l'urine, ou aux dépens d'une oxydation de l'ammoniaque provenant de l'urée.

Mémoire très consciencieux, mais dont les conclusions, pour être adoptées, demanderaient à être vérifiées par d'autres observateurs.

ALBERT ROBIN.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Armand Descamps, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy et docteur ès sciences, vient de succomber dans cette ville à l'âge de 43 ans.

* * *

HÔPITAL DE GENÈVE. — M. le docteur d'Espine est nommé médecin-adjoint de l'hôpital cantonal de Genève.

* * *

COMITÉ SUPÉRIEUR DE LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE. — Le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge s'est réuni sous la présidence de M. Schœlcher, sénateur.

Les membres qui assistaient à cette réunion étaient MM. Théophile Roussel, sénateur; Henry Liouville, député; Béclard, doyen de la Faculté; les docteurs Bergeron et Marjolin, des hôpitaux de Paris et de l'Académie de médecine; Marbeau, président des crèches; Bucquet, inspecteur; Le Gay, directeur, et Payelle, chef de division au ministère de l'intérieur.

L'ordre du jour comprenait :

« Rapport sur les propositions de récompenses honorifiques présenté par les préfets.—Affaires urgentes. »

Pendant la délibération, M. le sous-secrétaire d'État a pris séance et a demandé que l'on continuât l'ordre des travaux.

Au nom de plusieurs membres, ses collègues des hôpitaux, M. Henry Liouville a traduit l'émotion légitime que venait de causer dans le corps médical la nouvelle de la mort de M. le docteur Cossy, chef de la clinique des enfants assistés, qui a succombé en quarante-huit heures à une diphthérie contractée dans son service, en soignant les enfants malades. C'est, depuis un an, dans cette même maison, la deuxième victime de cette terrible affection contagieuse, qui a enlevé le docteur Clozel de Boyer il y a quelques mois, et qui frappait également les jeunes internes Herhelin et Carette.

MM. Bergeron, Marjolin et Béclard se sont joints aux légitimes observations présentées avec tant de compétence par M. Liouville.

L'attention de l'administration a été ainsi appelée sur l'urgence qu'il y aurait à résoudre, le plus pratiquement possible, la question de l'isolement pour les maladies contagieuses, posée depuis si longtemps en France, déjà résolue en partie chez nos voisins, ainsi que sur les précautions qu'il faut savoir faire prendre et même imposer au personnel de tout ordre, si intéressant, puisqu'il consacre tous ses soins à la sauvegarde de la santé de tant de petits êtres.

Au nom des membres médecins du comité, M. Marjolin, s'associant à la motion soulevée si opportunément, dit-il, par M. Liouville, insiste sur des réformes urgentes à opérer au dépôt, ce funeste réceptacle de tant de misères.

M. le sous-secrétaire d'État a promis tout le dévouement de son

administration, à laquelle il a rendu justice, et tout son concours pour l'accomplissement des réformes que lui signaleront, avec leur autorité, les savants et distingués collaborateurs de la commission instituée près de son département, qui a une partie de la direction de la santé publique.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le samedi 1er mars 1882. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au mardi 28 février prochain. La durée des fonctions du chef de clinique chirurgicale est de trois ans. Il reçoit un traitement annuel de 1,200 francs En se faisant inscrire, les candidats doivent déposer : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le secrétaire recevra désormais les élèves en médecine les mardi, jeudi et samedi, de midi à deux heures.

Clientèle de médecin à céder à 12 kilomètres d'Auxerre, rapportant 7,000 francs, et très facile à faire.

Conditions : s'entendre à l'amiable et s'adresser au docteur Filet, à Migé (Yonne).

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 9 FÉVRIER AU JEUDI 16 FÉVRIER 1882

Fièvre typhoïde 35. — Variole 21. — Rougeole 25. — Scarlatine 3. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 51. — Dysenterie 1. — Erysipèle 9. — Méningite (tubercul. et aiguë) 58. — Infections puerpérales 13. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 246. — Autres tuberculoses 22—Autres affections générales 81. — Malformation et débilité des âges extrêmes 76. — Bronchite aiguë 58. — Pneumonie 147. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 40. — au sein et mixte 22. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 153. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 138. — de l'appareil digestif 38. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 4. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1,417 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, PRÉCÉDÉS D'ÉLÉMENTS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par C Pajot, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des nouveau-nés à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol in-8 de 679 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne, libraire.

DU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le docteur Gowers, 1 vol. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Berthier, successeur de Louis Leclerc, 104, boulevard Saint-Germain.

GUIDE HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL DES VOYAGEURS DANS L'AFRIQUE INTERTROPICALE, rédigé, au nom d'une commission de la Société de médecine pratique de Paris, par MM. Ad. Nicolas, Lacaze et Signol, et publié par la Société de géographie et la Société de médecine pratique de Paris, avec le concours des Sociétés de géographie de Lyon, Marseille, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Rouen, Rochefort et Douai. — Paris, aux bureaux de la Société de géographie.

DU DÉVELOPPEMENT DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE, SOUS L'INFLUENCE DES EAUX MALSAINES ET D'UNE MAUVAISE ALIMENTATION (observations recueillies pendant une épidémie), par le docteur S. Robinski, membre de la Société médicale de Berlin. — Paris, 1881. In-8, 112 pages. — Prix : 4 fr. — J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 9 4 MARS 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 2 mars 1882.

Académie des sciences : TRAITEMENT DE LA MORSURE DES SERPENTS VENIMEUX PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'UNE SOLUTION DE PERMANGANATE DE POTASSE. — *Académie de médecine :* VOTE DES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LA QUESTION DE L'INSPECTION DES VIANDES AMÉRICAINES. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME.

M. de Lacerda a déjà fait connaître les succès qu'il a obtenus contre les morsures, habituellement mortelles, des ophidiens des pays intertropicaux, par l'emploi d'injections sous-cutanées d'une solution de permanganate de potasse. Bien que, sous nos climats, les morsures de serpents n'offrent pas la même gravité, il n'est pas inutile de vulgariser un moyen dont l'efficacité semble supérieure à celle des autres modes de traitement. C'est ce qu'a pensé M. de Quatrefages et ce qui l'a engagé à soumettre de nouveau la question à l'Académie des sciences.

Il est des départements où les vipères pullulent au point de constituer un véritable danger pour les habitants des campagnes. Si leur morsure n'entraîne pas généralement la mort, elle donne lieu à des accidents sérieux, dont les suites se font longtemps sentir. Les primes offertes pour la destruction de ces reptiles ont sans doute contribué à en diminuer le nombre, mais il en reste encore assez pour que la connaissance d'une méthode sûre de traitement soit appelée à rendre les plus grands services. Voici comment, d'après M. de Quatrefages, M. de Lacerda formule ce traitement.

« En décrivant son procédé, M. de Lacerda insiste sur la nécessité de préparer la solution de permanganate au moment même de s'en servir. Il conseille de préparer d'avance des petits paquets de ce sel de 0 gr. 1 et un flacon pouvant contenir 10 gr. d'eau. On obtient ainsi, au moment voulu, une solution exactement dosée au centième. L'injection se fait au moyen d'une seringue de Pravaz. On doit placer une ligature au-dessus de la morsure et injecter lentement une demi-seringue dans chaque blessure faite par les dents du reptile ; puis on comprime les tissus pour faciliter la diffusion du liquide. Si le membre est déjà tuméfié, on doit faire quelques injections vers la limite de l'enflure. Si la rapidité des accidents peut faire penser que le venin a été porté directement dans une veine, on pousse une injection dans une veine superficielle. »

M. de Quatrefages se demande, en terminant sa communication, si la méthode de M. de Lacerda ne serait pas applicable au traitement des plaies virulentes. La question a paru assez importante à l'Académie pour en renvoyer l'étude expérimentale à une commission composée de la section de médecine, à laquelle s'adjoindront MM. Pasteur, de Quatrefages, Frémy et Bouley. Les résultats déjà obtenus dans le traitement de la pustule maligne par les injections sous-cutanées de teinture d'iode permettent d'entrevoir les conclusions générales auxquelles sera sans doute conduite la commission. Quoi qu'il en soit, comme la méthode de M. de Lacerda ne paraît offrir dans la pratique aucun inconvénient, on fera sagement, dans les contrées où les vipères pullulent, de remplacer le classique flacon d'ammoniaque par le paquet de permanganate de potasse, le flacon d'eau pure et la seringue de Pravaz.

— Il est rare de voir une commission de trois membres compter deux rapporteurs. La commission chargée par l'Académie de médecine d'examiner la question de l'inspection des viandes américaines s'est donné ce luxe, et l'on a pu croire un instant qu'une première lutte s'engagerait entre les deux rapporteurs pour savoir lequel des deux occuperait d'abord la tribune. Le représentant de la majorité l'a emporté naturellement sur son concurrent. Nous renvoyons, pour les incidents du débat, au compte rendu de la séance de l'Académie. Nous nous bornerons à dire que nous partageons les regrets exprimés par M. Larrey de ce que l'Académie n'ait pas fait connaître un an plus tôt son avis. Sans doute elle n'y a été invitée que récemment par l'autorité supérieure. Mais à l'époque où l'opinion publique s'est préoccupée de la trichinose, l'Académie a mis la question à son ordre du jour, et si elle eût, dès ce moment, résumé la discussion à laquelle est s'est livrée par les conclusions qu'elle vient d'adopter, peut-être bien les mesures prohibitives aujourd'hui condamnées n'auraient pas été prises. Il faut reconnaître que l'Académie ne pèche pas en général par excès d'initiative.

— La discussion sur la technique de l'anesthésie par le chloroforme continue. Chaque chirurgien vient tour à tour faire connaître sa manière de procéder. Nous n'avons rien à ajouter à ce qu'ont dit ici même avec tant de compétence M. Bouilly (GAZ. MÉD., no 1) et après lui M. Picqué (no 7). Nous croyons, comme eux, qu'on aurait tort d'attribuer exclusivement les accidents de la chloroformisation ou à l'impureté du chloroforme, ou à une prédisposition particulière de l'individu qui le reçoit, ou à un mode d'administration défectueux. Les trois ordres de faits peuvent, suivant les cas, être mis en cause. Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la responsabilité du chirurgien domine tout, car il a essentiellement pour devoir de vérifier la pureté du produit dont il se sert, de s'assurer que son malade ne présente aucune contre-indication à l'em-

ploi de l'anesthésie, de procéder avec la plus grande prudence dans l'administration du chloroforme, enfin de ne cesser jamais, durant l'opération, d'exercer une surveillance active sur l'état du malade et les effets de l'anesthésique.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

PARALYSIE SPINALE AIGUË DE L'ADULTE (TRÉPHO-MYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË) DÉVELOPPÉE AU COURS D'UNE ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE, par le docteur RAYMOND, agrégé de la Faculté, et le docteur P. OULMONT, ancien chef de clinique.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, chez une malade du service du professeur Germain Sée, que l'un de nous suppléait pendant les vacances, une affection médullaire, de nature complexe, et dont le diagnostic, avec ses obscurités, mérite une discussion qu'il nous parait intéressant de publier.

D... (Ophélie), 28 ans, entre le 13 juillet 1881 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 9, service du professeur Sée, suppléé par le docteur Raymond.

Cette jeune femme habitait, il y a trois ans, un rez-de-chaussée bas et humide, dans un hôtel garni de Belleville, quand elle fut prise de troubles de la vue : diplopie, vertiges lorsqu'elle voulait fixer les objets. Ces troubles disparaissent au bout de quatre mois. A un moment surviennent des douleurs fulgurantes très nettes dans les membres inférieurs, et des douleurs en ceinture. Enfin, un mois plus tard, se montrent des douleurs au niveau de l'estomac. Ces douleurs ont la forme de crises gastralgiques d'une extrême violence; elles survenaient à des intervalles irréguliers, sans rapport avec l'ingestion des aliments, et se terminaient par des vomissements. Soit que les douleurs fulgurantes et les troubles oculaires aient cessé à ce moment, soit qu'ils n'aient pas attiré l'attention du médecin traitant, celui-ci porta le diagnostic : ulcère de l'estomac, et institua un traitement en conséquence. En particulier, il eut recours, pendant deux ans, presque tous les jours, à l'emploi des injections sous-cutanées de morphine.

Sous l'influence de doses croissantes qui finirent par atteindre 10 à 12 centigr. par jour, la malade tomba dans le morphinisme chronique, qui l'amena au dernier degré de l'émaciation. L'un de nous, appelé en consultation, diagnostiqua l'ataxie locomotrice, dont les crises gastralgiques n'étaient que l'expression, et donna à la malade le conseil d'entrer dans son service, à l'hôpital Tenon, ce qu'elle fit une quinzaine de jours après.

Le jour de l'entrée à l'hôpital (juillet 1881), le diagnostic *tabes dorsalis* était précis : la malade marchait en fauchant; l'obscurité exagérait la difficulté de la station; des plaques d'anesthésie complète existaient à la surface du corps, surtout aux extrémités; enfin il y avait incontinence des matières fécales.

Dans la nuit qui suit son entrée à Tenon, la malade est prise d'un délire fébrile qui dure environ huit jours; ce délire est très intense. La température oscille entre 39 et 40 degrés. Aucune localisation viscérale n'explique l'appareil fébrile. Seulement les muscles sont, dans tout le trajet des membres, le siège de vives douleurs. Au bout de huit jours, la fièvre tombe; les muscles s'atrophient rapidement dans toute l'étendue des quatre membres, si bien qu'il ne reste plus que la peau collée sur les os. Pas de paralysie, mais, en raison de l'atrophie, la malade est vouée à une immobilité absolue. Pas de contracture.

Après un mois de séjour à Tenon, la malade entre à l'Hôtel-Dieu, où nous constatons l'état suivant :

Etat actuel, 5 *août* 1881 : Figure fraîche, colorée, présentant les apparences de la santé. Le tronc et les membres font, par leur émaciation, un contraste frappant avec la face.

La malade reste inerte dans le décubitus dorsal, la tête retombe sur le sternum; le tronc ne peut se soulever du lit et n'exécute que des mouvements de reptation.

Aux membres supérieurs, atrophie prononcée, surtout à l'avant-bras, où elle est complète; mains en griffe; le poignet retombe en flexion sur l'avant-bras, les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main et immobilisés dans la flexion. Quelques légers mouvements possibles dans l'avant-bras et le bras.

Aux membres inférieurs, même atrophie, marquée surtout aux mollets, qui ont complètement disparu. Pied équin et immobilisé dans l'extension; les orteils sont inertes. Quelques légers mouvements dans la jambe et la cuisse.

La sensibilité cutanée est intacte. Par contre, la moindre pression des masses musculaires provoque de très vives douleurs; une pression, même très modérée, arrache des cris à la malade.

L'exploration de la contractilité musculaire, pratiquée par le docteur Boudet (de Paris), avec les courants faradiques et galvaniques, donne les résultats suivants :

Aux membres inférieurs : contractilité nulle, pour les deux courants;

Aux membres supérieurs : avec les courants induits, affaiblissement de la contractilité dans tous les muscles de l'avant-bras et de la main; les extenseurs se montrent plus particulièrement inexcitables.

Avec les courants galvaniques, affaiblissement surtout pour les extenseurs.

Les douleurs fulgurantes, en ceinture, les crises gastralgiques, ont totalement disparu.

Le sphincter anal est encore incontinent.

Enfin la diplopie et le ptosis persistent dans une certaine mesure.

Pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, une amélioration notable s'est manifestée progressivement.

En novembre 1881, l'atrophie musculaire et l'impuissance motrice n'existent plus qu'aux extrémités. Le tronc peut se soulever du lit; la tête se meut librement sur le cou; il ne reste qu'un aplatissement modéré des avant-bras, surtout du gauche. Le poignet est mobile; la griffe digitale persiste, mais atténuée. Aux membres inférieurs, les cuisses ont repris leur volume normal; la malade peut soulever ses jambes et les fléchir sur la cuisse. Mais l'atrophie des mollets et la déviation des pieds en équin persistent presque sans changement.

Tous les troubles du côté des yeux et des sphincters ont disparu complètement; les douleurs fulgurantes ne sont pas revenues; il est impossible de juger si l'ataxie des mouvements s'est reproduite.

En résumé, l'histoire de cette malade se divise en deux périodes distinctes : la première, qui dure trois ans, dans laquelle des crises gastralgiques d'une intensité atroce tourmentent quotidiennement la malade; ces crises sont accompagnées de phénomènes moins saillants, comme des douleurs fulgurantes et des troubles oculaires; la deuxième, qui date actuellement de sept mois, et qui, débutant par un accès de fièvre avec délire, voit se produire en quelques jours une atrophie généralisée du tronc et des membres, atrophie qui depuis marche lentement vers la réparation.

S'agit-il là de deux maladies distinctes, et qu'elles sont ces maladies? La deuxième période semble, à n'en pas douter, se rapporter à une paralysie spinale de l'adulte, à une tréphomyélite antérieure aiguë, dont elle reproduit la marche classique : début fébrile, atrophie rapide de tous les muscles, ensuite période de régression lente, pendant laquelle l'atrophie abandonnant lentement la plupart des muscles qu'elle avait touchés, se localise sur quelques groupes musculaires. S'il y a eu des troubles de la sensibilité cutanée, si le sphincter anal

a été touché, ces phénomènes ne doivent pas être rapportés à la paralysie spinale dans laquelle ils n'existent jamais, mais, comme nous le verrons plus tard, à une maladie antérieure, dont ils sont les vestiges. Quant aux douleurs musculaires, si elles manquent toujours dans la paralysie infantile, elles existent fréquemment dans la paralysie spinale de l'adulte, où Bernhardt les a le premier signalées. Il est donc à peine nécessaire de discuter une atrophie d'origine périphérique, comme celle que Jaccoud a décrite : dans ces cas, les troubles atrophiques sont en effet limités à la sphère des nerfs malades ; il faudrait donc supposer que tous les nerfs sont atteints. Quant à une autre lésion médullaire, la seule qu'on puisse rapprocher de notre cas, c'est la paralysie ascendante aiguë, décrite par Landry. Mais ici les sphincters sont pris, et l'apparition rapide des phénomènes bulbaires amène, en quelques jours, une terminaison fatale.

Relativement aux phénomènes de la première période, il est peut-être plus délicat de préciser leur véritable nature. Se rattachent-ils à l'ataxie locomotrice progressive ? On pourrait en douter si l'on considérait isolément les crises gastralgiques. Duchenne (de Boulogne) rapporte en effet deux observations (1) dans lesquelles des crises gastralgiques absolument semblables aux crises tabétiques précèdent une paralysie spinale de l'adulte. Ces crises, très violentes, reviennent par accès irréguliers qui durent plusieurs jours, laissent entre elles un intervalle de santé complète, et persistent, cinq ans entiers, dans l'un des cas, avant l'apparition des phénomènes paralytiques.

Mais, dans notre cas, les crises gastralgiques s'accompagnent peu à peu d'un cortège de symptômes qui vient en préciser la signification : ce sont les troubles oculaires, les douleurs fulgurantes et en ceinture, la paralysie du sphincter anal, l'incoordination de la marche et l'anesthésie plantaire, phénomènes qui peuvent à eux tous permettre d'affirmer l'ataxie.

L'histoire de notre malade peut donc se résumer en ces termes : ataxie locomotrice progressive, au cours de laquelle s'est développée une paralysie spinale aiguë, marchant comme marche d'ordinaire cette maladie.

On a signalé, il y a longtemps déjà, l'atrophie musculaire compliquant l'ataxie locomotrice. Nous rappellerons ici les observations anciennes de Duménil, Virchow, Marotte, etc., et celles plus récentes de Charcot, Pierret, etc. Dans ces cas, il s'est agi d'une affection à marche lente, sans réaction générale, présentant tous les attributs de l'atrophie musculaire progressive typique ; du reste, dans le cours d'autres myélites chroniques, systématisées ou non, semblable complication a été observée. On a indiqué également la possibilité du développement d'une myélite aiguë, diffuse, au cours de l'ataxie locomotrice (obs. d'Hayem).

Notre fait montre qu'une myélite aiguë des cornes antérieures peut également venir compliquer le tabes dorsal. Il importe de faire remarquer que tous les symptômes de l'ataxie ont disparu lors de l'apparition de la paralysie spinale.

Nous avons dit que la malade était profondément morphinisée et, d'autre part, qu'elle habitait un galetas humide, situé au rez-de-chaussée. Etant donné une moelle déjà atteinte dans un de ses départements principaux, il est facile de comprendre que, sous la double influence du morphinisme et du froid humide, ce soit précisément cet organe, présentant une épine irritable, qui, de nouveau, subisse l'action morbide, action qui a eu pour résultat, dans notre cas, l'inflammation aiguë des cornes antérieures.

(1) Electrisation localisée.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'occlusion intestinale, par le docteur Gilbert Trapenard (de Gannat).

J'ai observé, de 1872 à 1881, vingt-trois cas d'occlusion intestinale, dont dix-sept sur des hommes, six sur des femmes. L'affection s'est présentée indifféremment dans toue les mois de l'année.

Les symptômes consistaient en constipation opiniâtre, sans issue de gaz par l'anus, douleurs très vives siégeant presque toujours dans la masse de l'intestin grêle, vomissements continuels des matières ingérées, et même spontanés, prenant parfois une couleur brunâtre et une odeur stercorale. Quelquefois, mais non toujours, ballonnement excessif. Après une durée variable de un à quatre jours en moyenne, une fois cinq, sept, même douze jours, on pouvait obtenir une évacuation suivie de plusieurs autres très abondantes, et tout rentrait dans l'ordre. Il y eut trois décès.

Ces symptômes indiquaient évidemment l'arrêt des matières dans l'intestin grêle, et, sans chercher à surmonter les difficultés inextricables du diagnostic anatomique, on peut leur appliquer la dénomination générale d'occlusion intestinale. Que la lésion soit un volvulus, un spasme, une véritable obstruction intestinale par corps étrangers (haricots dans deux observations) la symptomatologie reste la même. Comme cette affection exceptionnelle se rencontre presque chaque année et renouvelle chaque fois les perplexités du praticien, j'ai cru utile de consigner les réflexions thérapeutiques que m'ont inspirées l'observation et le traitement de ce syndrome : occlusion intestinale.

Au début, j'ai suivi les errements anciens, j'ai donné les purgatifs d'exploration. Manvaise, très manvaise pratique. Le purgatif achève d'exaspérer l'intestin ; on n'obtient que quelques vomissements de plus. Eclairé par l'insuccès de cette médication, j'ai pris l'habitude de m'adresser, dès le début, aux calmants : morphine, atropine en injections sous-cutanées, ou mélangées avec eau gazeuze à la glace. Quand le spasme me semble calmé, ce qu'on juge par l'éloignement des vomissements, la tolérance pour les boissons, que la douleur est moindre, que l'opportunité semble surgir évidente du nouvel état du malade (là, je crois, est toute la réussite, dans le flair de cette opportunité), je donne pour explorer un fort lavement purgatif. Parfois un ou deux gaz, quelquefois des matières sont obtenues. C'est alors le moment psychologique. En avant les purgatifs, huile de ricin additionnée d'huile de croton, 1 ou 2 gouttes selon les cas ; ou pilules de croton, ou sels purgatifs, ou eaux naturelles purgatives (Pullna, Hunyadi-Janos).

Trois fois j'ai dû employer la ponction de l'intestin avec le trois-quarts capillaire ; les purgatifs n'ont été efficaces qu'après l'issue donnée à quantité de gaz par cette petite et inoffensive opération. Une autre fois, après sept jours d'insuccès, j'ai eu recours à l'électricité (machine électro-faradique de Gaiffe) ; l'application très douloureuse fut suivie d'une première selle qui rompit le charme. Le malade, objet de cette observation, ouvrier serrurier, a réclamé mes soins à deux ans

d'intervalle pour cette même affection. La deuxième atteinte dura quatre jours.

L'évacuation obtenue, toute maladie cesse : telle est la règle générale.

Il serait fastidieux de donner ces 23 cas par le menu. J'en détaillerai seulement quelques types, remarquables par la cause évidente. Pour deux cas (indigestion de haricots); pour l'autre, une intoxication plombique; pour une femme, une hernie habituelle rentrée; pour un homme, un état nerveux habituel grave. Pour les autres, un cas représentant la moyenne des observations. Quand la mention de hernie n'est pas faite, on peut être sûr qu'il n'y avait pas lieu de la faire, mon attention étant vivement attirée sur ce point.

Obs. I. — Homme de 36 ans atteint le 28 mai 1873 d'une constipation opiniâtre, de douleurs abdominales graves, de vomissements calmés par le laudanum, reprenant de plus belle le 30, calmés à nouveau par le laudanum ; le 2 juin on peut administrer de grands lavements qui donnent issue à des gaz, puis l'huile de croton; l'occlusion cesse.

Obs. II. — Homme de 45 ans, sujet aux coliques, plus souffrant depuis quelques jours. Le 12 avril 1873, douleurs localisées plus spécialement à droite de l'ombilic; cours des gaz et des matières absolument suspendu, pas de fièvre, face grippée. Cataplasme, huile de ricin : aucun résultat; vomissement du purgatif. Douleurs plus fortes; ventre météorisé et douloureux dans toute son étendue. Un lavement de plusieurs litres d'eau salée est administré en vain. Cette pratique avait donné deux succès aux docteurs Trapenard père et Choizy.

Le 14, même état ; administration d'un drastique ; vomi. La nuit est mauvaise, les douleurs excessives. Sirop de belladone, glace, pommade belladonée en onctions abdominales. Nouveau drastique, revomi.

Cette fois, je m'adresse exclusivement aux calmants, abandonnant pour ainsi dire la poursuite de la maladie, ne cherchant plus qu'à soulager. Tympanisme énorme. Pilules d'opium 3 centig. et de belladone, 1 centig.; une toutes les deux heures, deux lavements avec 1 centig. de morphine.

Le 17 avril, même tympanisme; les pilules sont vomies, accompagnées d'un liquide brunâtre à odeur stercorale; les lavements sont gardés.

Le 18, ponction intestinale, issue de nombreux gaz, soulagement; le toucher rectal ne donne aucune indication.

Le 20, un confrère appelé conseille l'émétique en lavage, 3 centig. pour un litre d'eau, limonade de Saint-Albans.

Le 21, quelques évacuations, on continue l'émétique à la même dose, évacuations abondantes, liquides, jaunâtres, sans scybales, sans membranes, un liquide simple. Ventre très souple.

Le 23, le mieux se continue. Guérison.

Dans cet exemple où les symptômes ont acquis un degré d'intensité considérable pendant douze jours, aussitôt l'évacuation faite, tout rentre dans l'ordre; il n'y avait ni inflammation, ni étranglement, puisqu'on n'a retrouvé aucun débris d'intestin dans les selles, puisque l'ordre est revenu subitement sans persistance de douleurs, après l'évacuation. La ponction intestinale, les calmants substitués enfin aux drastiques, puis, le calme étant suffisant, un très léger purgatif; voilà les agents de la guérison.

Obs. III. — Mme G., 61 ans, porte habituellement une hernie crurale gauche. Le 29 janvier 1874, elle fait un effort violent, est prise de coliques, d'arrêt des matières. Elle parvient à réduire sa hernie, les accidents continuent. Je suis appelé le 1er février, j'ordonne un lavement d'huile de ricin, le café à la glace, une tasse d'heure en heure, selon la méthode de Méplain.

Le 2, les vomissements continuent, le gonflement intestinal commence, en partant de la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'aine, comme d'un centre. Je fais appeler un confrère.

Le 3, nous convenons que l'étranglement interne est le fait de la hernie réduite en masse, nous renvoyons à plus tard toute intervention chirurgicale. Calmant, morphine, atropine et injections, lavements froids, un drastique qui est vomi.

Le 4 février, malgré la glace, les calmants, les douleurs sont très fortes, les vomissements persistent, mais sont moins nombreux. Contre le tympanisme énorme, deux ponctions capillaires de l'intestin qui donnent issue à de nombreux gaz. La morphine est continuée et tolérée.

Enfin, le 6, une cuillerée d'eau-de-vie allemande amène des évacuations abondantes, sans trace de membranes, guérison. La hernie n'a plus reparu. La malade a succombé l'année suivante à une affection de poitrine.

Cette observation est la seule de son espèce que je possède. Elle confirme, peut-être plus que toute autre, le principe de chercher à calmer, à assommer l'intestin par les opiacés avant d'administrer les purgatifs. Il y a là épreuve et contre-épreuve. Il faut aussi noter le soulagement et le bon résultat obtenus par la ponction intestinale, préconisée par Labric en 1852, par Larguier des Bancels en 1870, proclamée utile par l'Académie en 1871 à la suite d'une communication de Fonssagrives.

(A suivre.)

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

Du glaucome; sa nature et son traitement.

Dans ces dernières années, un grand nombre de travaux ont paru sur le glaucome, ayant principalement pour objet de pénétrer sa nature et de perfectionner son traitement. Malgré tant d'efforts, nous ne sommes pas encore définitivement fixés sur la cause de l'exagération de la tension intra-oculaire qui constitue le lien commun des différents processus glaucomateux. Peut-être mêmes les recherches histologiques d'un incontestable intérêt ont-elles un peu trop détourné l'attention des grands traits cliniques de l'affection et des données étiologiques qui en découlent, au profit de théories nouvelles où l'on fait une grande part à l'élément local et mécanique.

Au lieu d'être le résultat d'une hypersécrétion des liquides, comme le pensait de Graefe, l'exagération de la tension oculaire serait produite par un obstacle à l'écoulement de ces mêmes liquides. On a été frappé des modifications qui se produisent dans la région ciliaire et surtout dans l'angle iridocornéen, où se trouve la principale voie d'élimination des liquides oculaires par l'espace trabéculaire de Fontana et le canal de Schlemm.

Ces idées ont été accueillies avec d'autant plus de faveur qu'elles semblent jeter quelque lumière sur le mode d'action des opérations pratiquées contre le glaucome, en confirmant d'une manière assez heureuse la théorie de M. de Wecker sur les cicatrices de filtration.

Knies, qui un des premiers a signalé ces altérations, a constaté ce fait important, plusieurs fois vérifié depuis, que la périphérie de l'iris est fréquemment soudée à la face postérieure de la cornée, fermant ainsi la voie d'élimination de l'humeur aqueuse. La présence d'un tissu de nouvelle formation et d'altérations de nature phlegmasique lui fait croire qu'une inflammation de cette région constitue la phase initiale du glaucome et la véritable cause de l'oblitération des voies de filtration. (Knies, Arch. für ophthal., XXII, 3.)

Adolphe Weber pense au contraire que l'accolement de l'iris et l'obstruction de l'espace de Fontana se produisent d'une manière purement mécanique. Etant donnée une certaine prédisposition au glaucome (rigidité de la sclérotique), toute cause capable d'augmenter passagèrement la pression intra-oculaire peut fermer les voies d'excrétion de l'humeur aqueuse et alors le glaucome peut se dérouler de lui-même. L'occlusion du canal de Fontana constitue le moment mécanique qui augmente par ses propres effets et forme un cercle vicieux conduisant fatalement à la perte de la vue. (Weber, *De la cause du glaucome*, ARCHIV FÜR OPHTHAL., XXIII, 1.)

Brailey a particulièrement insisté sur l'atrophie du muscle ciliaire qui serait la cause initiale du glaucome. Ce muscle, d'après lui, ne présiderait pas seulement à l'accommodation, mais aurait aussi une certaine influence sur la circulation de l'œil. (Brailey, *Pathologie de l'augmentation de la tension intra-oculaire*, OPHTHAL. HOSPITAL REP., 1878.)

Dans ses communications ultérieures, l'auteur semble attacher plus d'importance aux modifications qui se produisent du côté de l'espace de Fontana. Ces modifications seraient l'effet de la rétraction du ligament pectiné.

Pour Priestley Schmidt, la cause essentielle du glaucome réside dans une réduction de l'espace qui sépare le cristallin des procès ciliaires. C'est une anomalie qui prédispose à l'affection. La turgescence veineuse, l'hyperhémie artérielle peuvent devenir des causes déterminantes. Il accorde une certaine importance à l'augmentation du volume du cristallin dont le diamètre, suivant lui, augmente avec l'âge. (Priesley Schmidt, ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE, 1880.)

Dans une seconde série de travaux, nous voyons les auteurs particulièrement préoccupés de l'altération des vaisseaux.

Il n'est pas douteux que cette altération joue un rôle capital dans le glaucome hémorrhagique qui résiste à l'iridectomie et reste le plus souvent incurable. Mais il s'agit là d'une forme à part. C'est donc par d'autres faits qu'il faut établir l'influence des modifications des vaisseaux dans le glaucome vulgaire.

On constate habituellement, à l'examen ophthalmoscopique d'un œil glaucomateux, l'effacement des artères de la rétine, qui contraste avec la turgescence des veines. La plupart des ophthalmologistes considèrent cet état, avec de Graefe, comme le résultat de la pression intra-oculaire. Le professeur Panas ne partage pas cette opinion. Ces modifications seraient non l'effet, mais la cause du glaucome qui résiderait dans une véritable ischémie de l'artère ophthalmique. (Panas, *Leçons sur les maladies des membranes internes de l'œil*, 1878.)

Herman Schmidt rapporte les symptômes inflammatoires du glaucome à des altérations vasculaires, adoptant les idées de Conheim sur l'inflammation. Il trouve la preuve des altérations primitives des parois vasculaires dans les hémorrhagies consécutives à l'iridectomie, dans le glaucome aigu inflammatoire, lesquelles font défaut dans le glaucome chronique, la pression fût-elle élevée. (H. Schmidt, *Conférence faite à Narbourg*, 1874.)

Weber (de Darmstadt) invoque également une origine vasculaire. Il a étudié minutieusement les conditions de l'osmose à travers les parois des vaisseaux et considère le glaucome comme le résultat de la rupture des relations existant entre la pression des liquides transsudés et celle du sang dans les vaisseaux sanguins. (Weber, *Communication au congrès de Londres*, 1881.)

L'altération des parois des vaisseaux, les modifications de leur calibre, particulièrement des artérioles qui sont le plus souvent dilatées, ont été d'ailleurs signalées par plusieurs micrographes, entre autres par Brailey et Angelucci. (Angelucci, *Communication au congrès de Londres*, 1881.)

Dans une étude critique fort judicieuse, M. Abadie a combattu la théorie mécanique du glaucome qui ne pourrait tout au plus s'appliquer qu'à la forme chronique. Il rappelle les faits favorables à l'explication de de Graefe qui rapportait l'exagération de la tension oculaire à l'hypersécrétion des liquides et à celle de Donders qui attribue un certain rôle à l'influence nerveuse dans cette hypersécrétion. L'influence nerveuse, celle du trijumeau en particulier, est d'ailleurs établie par les expériences de Hippel et Grunhagen. (Abadie; ANNALES D'OCULISTIQUE, 1879.)

Le glaucome n'est pas, dans sa forme ordinaire, un trouble purement local. Ainsi que le fait remarquer M. G. Martin, l'affection a sa cause première dans une modification de l'organisme, laquelle retentit presque toujours sur les deux yeux à un intervalle plus ou moins éloigné. (G. Martin, JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 1881.)

Landsberg attache une certaine importance à l'état de la circulation générale, aux affections cardiaques et pulmonaires, à toutes les causes qui, en modifiant la circulation artérielle ou veineuse, peuvent retentir sur la circulation locale de l'œil. (Landsberg, ARCH. FÜR OPHTHALM., XXI, 2.)

L'influence de l'état général sur le glaucome a été bien mise en lumière dans un travail récent de M. Laqueur. D'après lui, les prodromes du glaucome, dans l'immense majorité des cas, surviennent à l'occasion d'influences déprimantes sur l'organisme, telles que la faim, les douleurs persistantes, les veilles prolongées, la convalescence, les contrariétés morales, etc., et disparaissent par des influences contraires (Laqueur. ARCHIV. FUR OPHTH., t. XXVI, p. 2).

On voit, par cette énumération, combien les opinions en présence sont différentes, sinon contradictoires. Si l'on fait abstraction des théories et des exagérations auxquelles on se laisse involontairement entraîner pour faire prévaloir une idée; si l'on ne considère que les faits les mieux observés et les plus concordants, il se dégage cette conviction que les différents processus glaucomateux ne sont pas identiques.

L'exagération de la tension intra-oculaire n'est pas une maladie; c'est un état qui peut reconnaître des causes multiples et être commun à des affections de nature différente. Quand on voit le glaucome tantôt se développer sans prodromes, d'une manière foudroyante, avec l'aspect d'une ophthalmie intense, tantôt se préparer pendant plusieurs années par des modifications insensibles, simulant une atrophie de papille; quand ici l'affection intéresse un œil sain, qu'ailleurs elle a des relations manifestes avec des apoplexies de la rétine ou d'autres lésions oculaires; quand chez tel malade elle guérit par une simple ponction et que chez tel autre elle résiste à toutes les ressources de la thérapeutique; quand on voit, en un mot, tant de diversité dans l'expression clinique, l'évolution et la gravité, n'est-il pas permis d'admettre des différences dans les causes et la nature du processus?

Lorsque le glaucome aigu envahit subitement un œil, et à plus forte raison les deux à la fois, on ne peut raisonnablement invoquer une cause mécanique, ou la seule influence de conditions pathogéniques dont le développement est nécessairement lent et ne saurait atteindre au même degré les deux yeux. Le clinicien ne peut se détacher de cette idée, que le glaucome

primitif, dans sa forme aiguë, a sa cause dans une modification rapide de l'organe, dans une augmentation du contenu de l'œil, que cette augmentation soit le résultat d'une simple hypersécrétion ou d'un processus de nature plus ou moins inflammatoire.

On peut objecter qu'il est dans la nature des hypersécrétions d'origine nerveuse et des phlegmasies aiguës d'être passagères, tandis que le glaucome a une marche essentiellement progressive. Toutes les formes, en effet, aboutissent, par une voie plus ou moins rapide, à une cécité fatale, si l'affection est abandonnée à elle-même.

C'est ici que trouvent place les influences mécaniques que les travaux récents ont mises en lumière, telles que la rigidité de la sclérotique, certaines prédispositions natives du globe, et surtout les modifications importantes qui se produisent au niveau de l'espace de Fontana. C'est ici qu'il faut rappeler cette conception aussi juste qu'ingénieuse de Weber, qui nous montre le glaucome aboutissant à la production d'un *moment mécanique* constitué de manière à augmenter par ses propres effets.

Que l'effacement de l'angle irido-cornéen soit l'effet de la pression intra-oculaire au lieu d'en être la cause, il conserve la même signification comme obstacle à l'écoulement des liquides, comme agent persistant de la rupture de l'équilibre de tension; que les différentes opérations instituées contre le glaucome agissent en levant cet obstacle et en favorisant la filtration des liquides, cela n'a rien de contradictoire avec l'opinion de de Graefe et de ceux qui rapportent à une modification nutritive la cause intiale de l'affection.

Dr H. PARINAUD.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 février 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — SUR LES DIVERS ÉTATS NERVEUX DÉTERMINÉS PAR L'HYPNOTISATION CHEZ LES HYSTÉRIQUES, par M. J.-M. CHARCOT.

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

L'hypnotisme, considéré dans son type de parfait développement, tel qu'il se présente fréquemment chez les femmes atteintes d'hystéro-épilepsie à crises mixtes, comprend plusieurs états nerveux, dont chacun se distingue par une symptomatologie particulière. D'après mes observations, ces états nerveux sont au nombre de trois, à savoir : 1o *l'état cataleptique;* 2o *l'état léthargique;* 3o *l'état somnambulique.*

Chacun de ces états peut se présenter primitivement et persister isolément : ils peuvent aussi, dans le cours d'une même observation, chez le même sujet, être produits successivement dans tel ou tel ordre, au gré de l'observateur.

1o *De l'état cataleptique.* — Cet état peut se manifester primitivement sous l'influence d'un bruit intense, d'une lumière vive placée sous le regard, en conséquence de la fixation prolongée des yeux sur un objet quelconque. Il se développe consécutivement à l'état léthargique, lorsque les yeux, clos jusque-là, sont mis à découvert par l'élévation des paupières.

Le sujet cataleptisé a les yeux ouverts, le regard fixe; il reste immobile, comme pétrifié. Les membres gardent, pendant un temps relativement fort long, les attitudes variées qu'on leur imprime. Lorsqu'on les déplace, ils donnent la sensation d'une grande légèreté, et les articulations ne font éprouver aucune résistance; la *flexibilitas cerea* n'appartient pas à l'état cataleptique. Les réflexes tendineux sont abolis ou très affaiblis; le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, dont il s'agira plus loin, fait complètement défaut. Les tracés pneumographiques accusent de longues pauses respiratoires, représentées par des lignes horizontales, qu'interrompent, de loin en loin, des dépressions peu profondes.

La persistance fréquente de l'activité sensorielle permet souvent d'impressionner le sujet cataleptique par suggestion et de susciter chez lui des impulsions automatiques variées.

2o *De l'état léthargique.* — Il se développe chez un sujet cataleptisé, lorsqu'on détermine chez lui l'occlusion des deux yeux, ou lorsqu'on le place dans l'obscurité. Il peut se manifester primitivement sous l'influence de la fixation du regard.

Dans cet état, les yeux sont clos, les globes oculaires convulsés. Le corps est affaissé, les membres sont flasques et pendants. Les mouvements respiratoires, étudiés à l'aide du pneumographe, se montrent profonds et précipités, d'ailleurs assez réguliers.

Les réflexes tendineux sont toujours remarquablement exaltés. Dans tous les cas, on constate l'existence du phénomène que j'ai proposé de désigner sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, et qui consiste dans l'aptitude que présentent les muscles à entrer en contracture sous l'influence d'une excitation mécanique portée sur le tendon, sur le muscle lui-même, ou sur le nerf dont il est tributaire. Tant que dure l'état léthargique, on fait céder rapidement la contracture ainsi produite, en portant l'excitation sur les antagonistes des muscles contracturés. Les excitations limitées au tégument externe ne produisent pas les contractures dont il s'agit.

Dans l'état léthargique, les tentatives faites pour impressionner le sujet par voie d'intimation ou de suggestion restent en général sans effet.

3o *État somnambulique.* — Il peut être déterminé directement par la fixation du regard, ou en conséquence d'une excitation sensorielle faible, répétée et monotone. On le produit chez les individus plongés, soit dans l'état léthargique, soit dans l'état cataleptique, en exerçant sur le vertex une friction légère.

Le sujet, dans cet état, a les yeux clos ou demi-clos. Abandonné à lui-même, il paraît engourdi plutôt qu'endormi. La résolution des membres n'est jamais très prononcée. Les réflexes tendineux sont normaux. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire, décrite plus haut, n'existe à aucun degré. Par contre, certaines excitations cutanées légères, promenées à la surface d'un membre, développent dans ce membre un état de rigidité qui diffère de la contracture liée à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, en ce qu'elle ne cède point, comme celle ci, à l'excitation mécanique des muscles antagonistes, tandis qu'elle cède rapidement sous l'influence des excitations cutanées faibles qui l'ont fait naître.

Il y a habituellement, dans cet état, exaltation de certains modes encore peu étudiés de la sensibilité cutanée, du sens musculaire et de quelques-uns des sens spéciaux. Il est, en général, facile de provoquer chez le sujet, par voie d'injonction, les actes automatiques les plus compliqués et les plus variés.

Lorsque chez lui on exerce une légère compression des globes oculaires, l'état léthargique remplace l'état somnambulique; si, au contraire, relevant les paupières, on maintient, dans un lieu éclairé, l'œil ouvert, l'état cataleptique ne se produit pas. La relation est donc plus directe, entre l'état léthargique et l'état somnambulique, qu'elle ne l'est entre celui-ci et l'état cataleptique.

J'ai négligé à dessein, dans l'exposé qui précède, de considérer les formes frustes ou irrégulières de l'hypnotisme. Je me propose d'examiner ces formes en particulier dans un autre travail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend un mémoire manuscrit intitulé : *Tumeur fibreuse de l'utérus, hystérotomie, guérison*, par M. le docteur Fort, à Rio-de-Janeiro.

— M. GAUTIER présente, en son nom et au nom de M. Etard, une ptomaïne à l'état de pureté. C'est un liquide huileux, très caustique à la façon de la potasse caustique et de la conicine, extrêmement vénéneux, presque autant que le venin de cobra, puisque un demi-milligramme inséré sous la peau d'un oiseau le tue en moins d'une heure, avec paralysie et convulsions tétaniques.

A côté de cette base, MM. Gautier et Etard en ont obtenu une seconde comparable à la précédente pour sa vénénosité, vénénosité qui ne pourrait être assimilée qu'à celle des venins, de la muscarine, de la nicotine. On comprend l'importance du rôle que joue la présence de ces corps dans l'économie, dans les divers états pathologiques, où l'on sait aujourd'hui que les ptomaïnes s'accumulent souvent en quantité très notable lorsque surviennent les troubles des fonctions rénales en particulier.

— M. THÉOPHILE ROUSSEL fait hommage du rapport annuel sur l'application de la loi de la protection des enfants du premier âge.

Le fait important qui résulte de ce travail, c'est la diminution de la mortalité des enfants de cet âge.

M. HARDY présente, au nom de M. Germain Sée, empêché d'assister à la séance, une brochure intitulée : *Comment on peut reconnaître la trichinose chez l'homme.*

M. LARREY, dépose sur le bureau : 1o au nom de M. Léon Collin, empêché d'assister à la séance, une brochure sur le même sujet ; 2o au nom de M. le docteur Daniel Mollière (de Lyon), un travail sur la gangrène gazeuse.

M. LABOULBÈNE offre à l'Académie : 1o une brochure intitulée : *De l'infection par les trichines ou trichinose et des moyens de la reconnaître ;* 2o la relation d'un fait rare de *tænia* observé dans l'intestin.

M. FOURNIER présente, au nom de M. le docteur Emile Vidal, une brochure intitulée : *Du traitement chirurgical de quelques maladies de la peau.*

M. TARNIER présente au nom de M. le docteur Millot-Carpentier, de Montecouvez (Nord), une brochure intitulée : *l'Obstétrique en Italie.*

M. LAGNEAU présente un travail intitulé : *Recherches sur la mortalité des enfants.*

M. CHATIN présente : 1o au nom de M. le docteur Bainder, une thèse sur les mucosinées ; 2o au nom de M. Boudier (de Montmorency), un travail sur l'Amonite bulbeuse.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de la commission de la prohibition des viandes américaines.

On se rappelle que, dans la dernière séance, le rapport lu par M. Chatin avait été renvoyé à la commission, avec demande de formuler des conclusions qui pourraient être, après discussion et vote, adressées en réponse à M. le ministre, comme exprimant l'opinion de l'Académie sur la question.

M. BOULEY monte à la tribune pour présenter, au nom de la majorité de la commission, un nouveau rapport formulant des conclusions. Voici les conclusions proposées par MM. Bouley et Proust, formant la majorité de la commission.

L'Académie, prenant en considération :

1o Que, depuis un assez grand nombre d'années, les viandes porcines de provenance américaine ou allemande sont entrées librement en France, et ont été livrées à la consommation sans qu'elles aient été soumises à une inspection spéciale au point de vue de la trichine ;

2o Que, malgré l'usage très répandu qui a été fait de ces viandes, notamment dans l'armée et dans les grands centres manufacturiers et industriels, la trichinose, hormis une seule fois où elle procédait d'un porc indigène, n'a été observée dans aucune région de la France, bien que son existence, fréquente en Allemagne, ait appelé sur elle, d'une manière particulière, l'attention des médecins ;

3° Que cette immunité, dont jouissent nos populations à l'endroit de la trichinose, se rattache, à n'en pas douter, à nos habitudes culinaires, la viande de porc n'étant généralement consommée en France qu'après avoir subi une température de coction qui n'est pas compatible avec la conservation de la vie des trichines ;

4° Qu'enfin, une inspection microscopique efficace ne pourrait être que bien difficilement applicable à la masse énorme de quarante millions au moins de kilogrammes de viande porcine, présentés annuellement à l'importation et que, dans tous les cas, cette inspection ne saurait donner une garantie certaine de l'innocuité de ces viandes au point de vue de la trichinose, l'irrégularité de la dissémination des trichines ne permettant pas d'induire de leur absence dans un point qu'elles n'existent pas dans un autre ;

Est d'avis :

Qu'il n'est pas nécessaire de soumettre à une inspection microscopique les viandes porcines d'importation étrangère pour prévenir l'infection trichinosique chez les populations qui font usage de ces viandes, les habitudes culinaires de ces populations ayant été démontrées jusqu'à présent efficaces à les préserver de cette infection ;

Et qu'il suffit, pour les tenir en garde contre les dangers possibles de l'usage de la viande de porc consommée crue ou incomplètement cuite, de les leur signaler dans une instruction spéciale, qui serait distribuée dans toutes les communes par les soins de l'Administration.

M. CHATIN, au nom de la minorité de la commission, propose l'amendement suivant : 1· L'Académie, tout en rappelant qu'une cuisson prolongée constitue la plus sûre des garanties contre l'action nocive des viandes trichinées, croit devoir émettre l'avis que ces viandes soient exclues de la consommation en raison même de l'existence des parasites qu'elles renferment et qui sont transmissibles à l'espèce humaine ;

2° Soucieuse cependant de concilier les intérêts de la santé publique et ceux du négoce, l'Académie estime qu'il suffirait d'une expertise pratiquée au lieu d'importation sur des parcs entiers ou des demi-porcs. En admettant, sous ces deux formes, les viandes de provenance étrangère, on simplifierait l'examen dans une mesure considérable ; on augmenterait sa précision par la connaissance des lieux d'élection de l'helminthe, et l'on éviterait tout retard préjudiciable au commerce.

M. COLIN (d'Alfort) demande que la discussion soit remise à la prochaine séance parce qu'il a, dit-il, à communiquer des expériences qui seraient, suivant lui, de nature à élucider la question.

L'Académie, consultée, n'approuve pas le renvoi de la discussion.

L'amendement de M. Chatin est ensuite mis aux voix et repoussé.

Les conclusions du nouveau rapport sont enfin adoptées à une immense majorité, après quelques observations de MM. Blot, Chatin, Colin (d'Alfort), J. Guérin, J. Rochard, Larrey, Th. Roussel et N. Guéneau de Mussy.

— M. GOSSELIN fait une communication relative à la *Technique des inhalations de chloroforme.* Il rappelle que, dans l'avant-dernière séance, il a dit que le chloroforme, même légèrement impur, n'avait pas de sérieux inconvénients et que surtout il ne donnait pas la mort lorsqu'il est bien administré.

Il revient aujourd'hui sur cette proposition en indiquant ce qu'il faut entendre, suivant lui, par une bonne administration du chloroforme.

Il y a trois manières principales d'administrer le chloroforme. On peut :

1° Ou bien le faire inspirer en très petites quantités à la fois, mais d'une manière continue, c'est le mode que l'on emploie surtout pour les accouchements; la sensibilité est émoussée, sans agitation, mais aussi sans sommeil complet, sans anesthésie véritable;

2° Ou bien l'administration, dès le début, en grande abondance et sans interruption. Quand on le fait expérimentalement sur les animaux, l'animal s'agite d'abord, puis il s'endort, et au bout de dix à douze minutes il tombe inerte, sans pouls et sans respiration. Souvent ce n'est encore qu'une mort apparente; mais parfois aussi la mort est réelle. Que s'est-il passé? Le sang de cet animal a reçu trop de chloroforme à la fois, les vapeurs anesthésiques ont excité, puis paralysé le cerveau d'abord, ensuite la moelle et enfin le bulbe rachidien; la mort apparente ou réelle résulte de la suppression de l'influence de ce dernier organe sur les mouvements du cœur ou de la respiration;

3° Ou bien on peut donner le chloroforme à doses progressives et intermittentes. C'est cette dernière méthode que M. Gosselin a étudiée et perfectionnée depuis 20 ans. Administré suivant la formule qu'il a fait connaître, le chloroforme s'élimine en partie, au fur et à mesure, par les voies respiratoires; d'autre part, pendant que se font les inspirations alternatives d'air anesthésique et d'air pur, les centres nerveux touchés, caressés, en quelque sorte, par la dose utile du chloroforme, s'y habituent peu à peu et peuvent ensuite recevoir sans inconvénient une dose un peu plus forte. Il y a très peu d'agitation, les mouvements sont très rares, l'anesthésie s'établit sans inconvénient.

En procédant ainsi et en saisissant bien toutes les contre-indications, on peut arriver à ne plus avoir aucune mort par le chloroforme.

M. Léon Labbé, fortement engagé par M. Gosselin à faire connaître sa pratique, dit que depuis une année il a modifié complètement sa manière de faire et est arrivé à des résultats entièrement semblables à ceux de M. Gosselin, c'est-à-dire qu'il ne connait plus les malaises du début de la chloroformisation, les vomissements; il a remarqué que la période d'excitation était moins forte et que les malaises consécutifs étaient beaucoup moins fréquents; et cependant, au premier abord, sa manière de faire diffère entièrement de celle de M. Gosselin. Il donne le chloroforme à infime petite dose, 10 à 12 gouttes chaque fois, mais d'une façon continue, en supprimant complètement les intermittences, dans le but de ne pas abaisser à chaque instant le titre du mélange d'air et de chloroforme. Il croit se mettre dans des conditions telles qu'il emploie utilement tout le chloroforme qu'il présente au malade sans s'exposer jamais à le soumettre à ces doses massives qui paraissent jouer un rôle si important dans les accidents mortels.

Dans ces conditions il a pu, à plusieurs reprises, faire des opérations d'une durée de 15 à 20 minutes, n'ayant emprunté au flacon de chloroforme que 5 à 6 grammes de ce liquide, et il lui est arrivé nombre de fois, et tout récemment encore en présence de M. Gosselin, d'employer 20 grammes de chloroforme du flacon pour une opération d'ovariotomie pour laquelle on a maintenu la malade pendant plus d'une heure dans un état anesthésique complet. Il y a bien loin de là aux 150 et 200 grammes de chloroforme dont on parlait récemment dans une discussion à la Société de chirurgie.

M. Labbé trouve un appui sérieux, des plus satisfaisants, à cette façon d'agir à laquelle l'avait conduit la clinique, dans les travaux récents de M. P. Bert sur ce qu'il a appelé la *zone maniable*. Comme il l'a établi, le chloroforme n'agit pas par la quantité qu'on respire, mais par la proportion qui s'en trouve dans l'air inspiré. Eh bien, sans qu'il puisse y avoir un dosage mathématique, il semble à M. Labbé que par le procédé qu'il préconise on a des chances sérieuses de se maintenir dans la zone maniable, quoique indéterminée cependant chez l'homme jusqu'à ce jour, et par conséquent de ne pas dépasser l'écart qui sépare la zone anesthésique de la zone mortelle.

—La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Correspondance. — Elle comprend les lettres de démission de MM. Homolle père et Léon Colin qui sollicitent le titre de membre honoraire.

Constitution médicale. — M. Besnier donne lecture d'un extrait de son rapport trimestriel sur la constitution médicale, sur les maladies régnantes pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1881.

La mortalité générale des hôpitaux et hospices civils, relevée pendant le quatrième trimestre de 1881, est supérieure à la mortalité de la même période calculée, pour les neuf années qui précèdent, dans des proportions qui dépassent l'augmentation normale due à l'accroissement de la population. Ce quatrième trimestre donne, en effet, un chiffre de 3,784 décès, tandis que la mortalité moyenne des trimestres correspondants des neuf années précédentes a été de 3,075, soit un écart de 709 décès pour les trois derniers mois de 1881.

Pour l'année entière, la mortalité générale, hôpitaux et hospices civils de Paris réunis, a été de 15,474 décès, chiffre inférieur au total de 1880, lequel avait été surchargé du fait de l'hiver excessif de 1879-1880, mais notablement supérieur cependant à la dernière moyenne décennale qui est de 12,843.

Les maladies des voies respiratoires, qui avaient donné un chiffre de 27 0/0 dans le troisième trimestre, se sont élevées, pour le quatrième, à celui de 35 0/0.

La diphthérie, qui avait subi en été sa décroissance normale, déclinaison constante mais toujours légère, a repris son mouvement ascensionnel dès le commencement de l'hiver, ayant invariablement pour foyer principal le onzième arrondissement de la ville (Popincourt). Dans le rapport précédent, constatant qu'en dépit de l'atténuation saisonniere la progression multi-annuelle de la maladie continuait, M. Besnier avait pu annoncer que cela était de mauvais présage pour la saison d'hiver. Le pronostic ne s'est que trop complètement réalisé, puisque le chiffre des décès diphthéritiques pour les domiciles à Paris, lequel n'était que de 462 pour le dernier trimestre de 1880, s'est élevé à 605 pour le trimestre correspondant de 1881.

Les progrès de l'hygiène publique sont aussi impuissants à arrêter la marche envahissante de la diphthérie que les progrès de l'art médical à sauver ceux qu'elle a atteints. Sa mortalité, sans cesse croissante depuis vingt ans, a pris, depuis dix ans, une allure rapide qui l'a doublée et qui la met en permanence au premier degré de l'échelle comparée des maladies régnantes.

Durant ces dix dernières années, la fièvre typhoïde n'a causé à Paris que 13,004 décès, les fièvres éruptives que 14,100, tandis que la diphthérie a elle seule en a produit 16,629! non compris les décès des domiciles hors la ville. Se rend-on bien compte, ajoute M. Besnier, dans le monde administratif et parmi les médecins, de cet effroyable tribut? Apporte-t-on médicalement et administrativement, à cette situation toute l'attention qu'elle comporte? Nous ne le croyons pas, et c'est en vain que depuis tant d'années nous n'avons cessé de signaler le mal et ses progrès incessants.

Les rapports des hôpitaux témoignent tous de la gravité de la maladie, notamment celui de M. Archambault, de l'hôpital des Enfants-Malades, qui s'exprime ainsi : « Le quatrième trimestre de 1881 a été fécond en maladies graves, en tête desquelles il faut, comme toujours, placer la diphthérie. Il est passé dans mon service 54 cas de cette maladie, devenue l'une des plus fréquentes et des plus redoutables de l'époque actuelle, et dans ce nombre nous avons eu 34 morts, chiffre énorme dépassant, comme on le voit, de beaucoup la moitié, et plus élevé qu'à aucune autre époque de l'année. »

Enfin, d'après le rapport de M. Besnier, le mouvement de la

diphthérie dans les hôpitaux de Paris en 1881 a été de 1,255 malades et de 829 décès, soit 66 pour 100, chiffre au-dessous de la réalité pour cette raison que la statistique considère comme guéris tous les malades sortis vivants de l'hôpital, ce qui n'est malheureusement pas toujours exact. Cette mortalité est celle de la diphthérie en bloc, angines et croups réunis.

La pilocarpine expérimentée contre cette redoutable affection non seulement est restée inefficace, mais elle est considérée comme bien plutôt nuisible qu'utile, voire même dangereuse.

M. Dujardin-Beaumetz rejette également l'usage de la pilocarpine et se demande si la présence constante d'un certain nombre d'enfants diphthéritiques à l'hôpital Trousseau n'est pas en partie cause de l'épidémie qui règne dans les quartiers avoisinants.

M. Besnier rappelle les recherches que poursuit à ce sujet, et avec un zèle des plus louables, M. Bertillon. Les hôpitaux d'enfants sont détestables et forment un véritable foyer épidémique. Il est certain aussi que chaque année un bon nombre d'enfants qui entrent dans les salles pour des affections légères deviennent victimes de leur séjour à l'hôpital, où ils contractent la diphthérie. Cependant la suppression des hôpitaux d'enfants n'est pas possible. Mais ce que l'on pourrait tenter d'obtenir, c'est qu'aucun des enfants qui sont atteints d'affections chroniques, et notamment les teigneux, ne fussent plus admis dans les hôpitaux situés dans l'intérieur des villes.

Crèches des hôpitaux. — M. Dujardin-Beaumetz appelle l'attention de ses collègues sur l'état, le plus souvent déplorable, des crèches des hôpitaux, auxquelles on a donné le nom de « boîtes à morts ». Le service, dit-il, y est généralement très mal fait, la mortalité y est considérable ; une révision complète est absolument nécessaire.

M. Blachez insiste également de son côté sur le mauvais état du service des crèches, sur l'insuffisance des appareils de chauffage pour le lait, sur l'impureté des langes des enfants, généralement mal blanchis, tandis qu'une épuration complète serait absolument nécessaire.

M. Damaschino cite, par contre, la petite crèche de l'hôpital Laënnec placée dans de bonnes conditions hygiéniques, dans un bâtiment isolé, avec cuisine, office et glacière pour empêcher la fermentation du lait.

M. Gérin-Roze déclare avoir aussi dans son service une crèche modèle parfaitement tenue et remarquablement dirigée. Il ajoute que la mortalité dans les crèches tient surtout au mauvais vouloir des mères, dont un grand nombre ne tiennent pas à la vie de leur enfant et bourrent le petit être d'aliments de toute nature, malgré la surveillance dont elles sont l'objet.

Enfin M. Moutard-Martin père défend l'administration des reproches dont elle est l'objet.

Blépharite tuberculeuse. — M. Gérin-Roze présente un ancien soldat de la Commune, rentré en France dans l'hiver de 1880-1881, après neuf années de séjour à Nouméa où, à la suite d'un rhume assez violent, il vomit deux verres de sang. Cet homme entra l'an dernier, au mois de juin, à l'hôpital Tenon avec tous les symptômes généraux apparents d'une tuberculose, tandis que les signes fournis par l'auscultation étaient absolument nuls. Le larynx seulement était assez rouge. Après un séjour de quelque temps dans les salles, il partit amélioré. Cet hiver, il a dû revenir dans le service de M. Gérin-Roze, plus faible encore que la première fois, aphone et en proie à des sueurs abondantes ; les cordes vocales étaient rouges, mais non ulcérées. Néanmoins la poitrine restait toujours parfaitement saine, lorsque, il y a quinze jours, on constata pour la première fois une submatité assez prononcée sous la clavicule droite, en même temps qu'une tumeur fluctuante se développait au niveau de l'articulation du coude ; enfin l'œil droit est devenu rouge et sur la paupière on aperçoit de petites ulcérations et des points jaunâtres caractéristiques d'une blépharite tuberculeuse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Nicaise, pour répondre à M. Després et venir à l'appui de la communication de M. Monod, vient donner la statistique des amputations qu'il a pratiquées l'an dernier dans son service. Il a fait cinq amputations de cuisse et une de jambe ; il s'est servi de la bande d'Esmarch ; il a employé le catgut ou la soie phéniquée, le pansement antiseptique. Il a fait, dans tous les cas, la résection des extrémités nerveuses, comme le conseille M. Verneuil. Dans ces amputations, il a employé la méthode sous-périostée, a toujours cherché à obtenir la réunion par première intention, et il maintenait les lambeaux au moyen d'une gouttière en bois ou en carton.

De ces six amputations, voici quel a été le résultat :

1° Homme de 53 ans. Tumeur blanche du pied, amputation de la jambe, réunion par première intention, guérison ;

2° Homme de 21 ans. Tumeur blanche du genou avec infiltration périarticulaire et fistules. Amputation sous-périostée de la cuisse, réunion par première intention à peu près complète, guérison ;

3° Homme de 27 ans. Tumeur blanche du genou, amputation circulaire de la cuisse, réunion par première intention, guérison ;

4° Homme de 29 ans. Tumeur blanche du genou, état grave du malade, amputation circulaire de la cuisse, réunion par première intention, guérison ;

5° Homme de 38 ans. Tumeur blanche du genou, amputation à deux lambeaux de la cuisse, suppuration, guérison ;

6° Homme de 42 ans. Tumeur blanche du genou, état général très mauvais, amputation circulaire de la cuisse, mort le trentième jour par phlébite suppurée infectieuse.

Ce dernier malade, dit M. Nicaise, m'a permis de constater ce qui se passe dans l'amputation sous-périostée, et les pièces qu'il m'a fournies sont très intéressantes à ce point de vue. La question de l'amputation par la méthode sous-périostée n'est pas nouvelle. Elle a déjà été étudiée par plusieurs auteurs qui la pratiquent avec succès. Ollier, dans son livre, la rejette. M. Trélat, en 1867, a aussi étudié cette question ; M. Houzet de L'Aulnoy a publié une brochure sur ce sujet, et il donne son procédé. M. Poncet a proposé un autre procédé. Le premier consiste à prendre un lambeau périostique, tandis que M. Poncet propose de prendre un manchon périostique avec lequel on recouvre l'extrémité de l'os sectionné. C'est ce dernier procédé qu'a adopté M. Nicaise. Pour cela, au moyen d'une rugine, on relève le périoste sur toute la circonférence de l'os dans une hauteur de 3 à 4 centimètres. Il n'existe qu'un point où il ne peut pas être décollé, c'est au niveau de la ligne âpre, et là on est obligé de le couper. Une fois le périoste relevé, on fait la section de l'os, qui est le temps un peu difficile, puis on laisse retomber les parties molles. Le périoste s'applique sur la surface de section de l'os, et il se forme à ce niveau une lamelle osseuse de nouvelle formation oblitérant le canal médullaire ; il se fait en outre une infiltration calcaire et fibreuse du périoste. Le même résultat a été obtenu par Fizoni sur les lapins.

M. Trélat : En 1866 ou 1867, j'ai énoncé deux propositions : la première est qu'il est possible d'intercaler un lambeau périostal entre les deux faces du maxillaire dont on a fait la résection ; la seconde est qu'on pourrait également disposer une manchette périostale autour des os dans les amputations des membres.

Depuis, j'ai toujours suivi cette méthode ; elle est plus facile à mettre en pratique dans l'amputation de la cuisse que dans les amputations des membres qui ont deux os.

La pièce de M. Nicaise est fort intéressante au point de vue de l'évolution que subit l'os amputé, car elle a été prise sur un moignon cicatrisé, mais qui n'est pas encore un vieux moignon. Dans cette méthode, la chose précieuse est l'accollement de l'os qui doit être cherchée par l'adhérence périostale.

Le lambeau périostal est moins bon que la manchette, car il peut se déplacer et ne plus donner les résultats qu'on en attend.

Dernièrement, j'ai fait l'amputation de la cuisse à un malade qui avait eu la jambe écrasée, et je fis une manchette périostale très longue ; néanmoins, comme le malade était en pleine suppuration lorsque l'opération fut pratiquée, la réunion échoua totalement, et la manchette périostale a dû être sacrifiée.

Le résultat en a été que le moignon a été un peu trop court et qu'il faudra probablement faire chez ce malade la résection de l'extrémité de l'os amputé.

M. Desprès : Je crois que l'amputation sous-périostée n'est jamais une opération régulière, et je n'ai jamais vu de manchette périostale complète autour d'un fémur, car, dans certains points, le périoste est tellement adhérent aux fibres musculaires, qu'on le déchire en essayant de le détacher.

M. Nicaise nous a présenté une statistique dont je le félicite ; mais, de mon côté, sur dix amputations pour des tumeurs blanches, je n'ai eu qu'un décès. Le malade de M. Nicaise qui a succombé a eu une phlébite, et cela n'est pas fait pour ébranler ma conviction au sujet des pansements antiseptiques.

M. Pozzi : Sur la pièce que nous présente M. Nicaise, il me semble que le canal médullaire est oblitéré par deux sortes d'ossification : l'une, la plus importante, est sous la dépendance de la moelle de l'os ; l'autre, qui dépend du périoste, n'est qu'une mince lamelle de tissu osseux, ce qui peut faire penser que dans cette question le périoste n'a pas l'importance qu'on lui donne. De plus, il me semble difficile de faire la section de l'os juste au point où l'on a arrêté le décollement du périoste.

M. Nicaise : La remarque de M. Pozzi est juste, il y a deux sortes d'ossification ; quant à la section de l'os, c'est le temps le plus difficile pour bien la faire, mais il importe peu qu'il y ait un peu de décollement du périoste ; celui-ci se recolle dans la grande majorité des cas.

M. Gilette : Je crois que l'amputation sous-périostée est une bonne opération ; néanmoins elle ne réussit pas toujours. Ainsi, dans deux cas, quoique j'aie décollé trois à quatre centimètres de périoste, j'ai eu cependant les deux fois une virole osseuse nécrosée qui a mis deux mois à s'éliminer.

— M. Pozzi présente une malade à laquelle il a fait la résection du coude pour une ankylose osseuse complète, consécutive à des abcès épiphysaires.

— M. Delens lit un rapport sur un travail de M. Blum, intitulé : *Certains faits relatifs à la pathologie de la main.*

— M. Marchand lit une observation intitulée : *Enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus. —Désarticulation de l'épaule. — Guérison.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Pozzi et Gillette, *rapporteur*.

— M. Richelot lit un travail sur un cas de laryngotomie intercricothyroïdienne. (Commissaires : MM. Terrillon, Nepveu, Nicaise.)

— M. Bouilly lit une observation d'ankylose fibreuse à angle droit de la hanche, redressée à l'aide de l'appareil de M. Collin. (Commissaires : MM. Delens, Trélat et Terrillon.)

M. Terrillon présente l'appareil de M. Collin. Cet appareil, qui est fort ingénieux et donne de très bons résultats, est composé d'une plaque matelassée ayant la forme des fesses ; d'un arc de fer qui passe au-dessus du bassin. Sur cet arc sont fixées, au moyen de tiges mobiles que l'on peut fixer, des coussins qui viennent embrasser la crête iliaque. Avec cet appareil, on peut fixer très solidement le bassin ; après quoi, l'on peut facilement redresser la cuisse.

Henri Bastard

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène.

I. Docteur A. Riant. — Hygiène du cabinet de travail (Annales d'hygiène et de médecine légale, juillet et août 1881. — J.-B. Baillière et fils).

Dans ce mémoire, détaché d'une étude plus complète sur les *Ateliers des professions intellectuelles*, M. Riant s'occupe successivement de l'emplacement, de l'exposition, de l'orientation, des dimensions, de l'aération, de la ventilation, du chauffage, de l'éclairage, de la couleur des parois (murs, papiers, tentures, rideaux, tapis), des siéges, etc., qui conviennent le mieux au bureau des hommes de lettres, des hommes de science.

Exposé à l'est, le cabinet de travail recevra les rayons du soleil du matin, qui y apporteront la salubrité et cette impression morale si favorable au travail de la pensée, à l'éclosion et à la justesse des idées. C'est bien à cette pièce que convient, en raison de sa destination, la formule que Vitruve appliquait aux chambres et aux bibliothèques : « *Usus matutinum postulat lumen.* »

Il y a des exceptions qui s'imposent. Ainsi l'expérience, d'accord avec la logique, a décidé que les ateliers des peintres doivent regarder le nord. Vitruve avait déjà recommandé pour les « *pictorum officinæ* » cette orientation nécessaire, parce que, dit-il, « le jour égal, pendant toute sa durée, maintient toujours les couleurs des tableaux dans leur même valeur et leur même qualité ».

La température ne doit pas dépasser 14 à 16 degrés. Comme mode de chauffage, M. Riant accorde la préférence aux cheminées brûlant du bois ou même de la houille.

Le cabinet de travail devra être assez long pour que l'on puisse y faire de petites promenades intermittentes. « Mais la marche ne permet plus que la méditation ou la lecture, et parfois la besogne à expédier, les feuillets à remplir, la copie à fournir, les signatures à donner à une heure déterminée, ne permettent pas que l'on quitte la plume.

« Un pupitre élevé, une table Tronchin, sur lesquels on peut écrire debout, forment une excellente addition au mobilier du cabinet de travail ; on obtient ainsi la variété des attitudes, même quand l'uniformité du travail s'impose.

« L'hygiène et ce qu'on appelle le *confortable* sont loin d'être synonymes.

« Le cabinet garni de grands rideaux, le plancher couvert de tapis, constituent des dispositions que le confortable approuve et que l'hygiène accepte avec moins de faveur.

« Toutes ces étoffes de laine qui ne sont que fort rarement enlevées, nettoyées à fond, sont des réceptacles de poussière, d'odeurs suspectes, de miasmes, qu'il faudrait pouvoir bannir du cabinet de travail. Des tapis mobiles, soit ; on peut les enlever, les secouer, les battre chaque jour. Des rideaux de lin, de toile, de *cretonne*, passe encore ; cela se blanchit comme du linge ordinaire. Mais tout ce qui est là à demeure et ne peut être lavé, désinfecté à fond, il faut y renoncer. » — En résumé, cette brochure de M. Riant est un excellent travail. Bon à lire, à méditer et à observer,

II. Docteur Galippe. — Rapport sur le reverdissage des légumes par le sulfate de cuivre. (Revue d'hygiène, mai 1880.)

M. Galippe, se ralliant, au nom de la commission dont il était rapporteur (devant la Société de médecine publique), aux conclusions formulées en 1878 par Bouchardat et Gautier lors du Congrès de Paris, termine son travail par les lignes suivantes :

« Considérant que le cuivre existe dans l'économie animale et dans beaucoup d'aliments usuels, quelquefois même en quantité plus grande que dans les conserves reverdies avec soin ;

« Considérant en outre qu'il n'est nullement démontré aujourd'hui, après une expérience de vingt-huit années faites sur une très grande échelle, que les conserves reverdies aient jamais pro-

duit aucun accident; nous préoccupant enfin des intérêts de l'industrie des conserves alimentaires, qui ne saurait transformer ses procédés du jour au lendemain, nous concluons :

« Qu'il n'y a pas lieu d'interdire le reverdissage des conserves par le sulfate de cuivre, sous la réserve que ce sel ne sera employé que dans des limites que les fabricants ne pourront pas dépasser.

« Tenant compte de ce fait que la quantité de cuivre fixée pour certains légumes verts, les haricots par exemple, est plus considérable que celle que l'on trouve dans les petits pois, votre commission a été d'avis de fixer cette limite à 4 milligrammes de cuivre métallique par 100 grammes de légumes égouttés. »

III. Docteur C.-E. Bourdin. — Le domaine de la statistique. (Broch. gr. in-8, 1881. Paris et Nancy. Berger-Levrault et Cie.)

Pour M. Bourdin, « la statistique est, par excellence, une œuvre d'abnégation et de dévouement. Elle travaille pour autrui et, à l'exemple de la hrebis, elle donne volontiers sa toison pour être utile à son prochain. Les richesses recueillies avec tant de peines, choisies avec tant d'art, rassemblées à l'aide de si grands sacrifices, constituent entre les mains du statisticien un fonds précieux qu'il tient à la disposition de tous ceux qui s'intéresssent au bien public. Ce noble désintéressement est, à la fois, l'honneur et la gloire de la statistique. »

M. Bourdin résume son travail par les conclusions suivantes :

1o Le monde physique peut se mouler dans les formules exactes des mathématiques;

2o Les *actes de la vie* ne peuvent être exprimés en chiffres qu'à l'aide des moyennes, c'est-à-dire à l'aide de formules particulières et approximatives.

Dans le premier cas, on a l'espérance d'arriver à l'absolu, autant du moins que le permettent les moyens dont l'homme dispose. Dans le second cas, il faut renoncer à l'absolu et se contenter du relatif.

IV. Ch. Girard. — Le platrage des vins. (Annales d'hygiène et de médecine légale, juillet 1881.)

M. Girard, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris, constate que, même en laissant de côté la question si importante d'hygiène, le plâtrage des vins « nuit au travail lent et continu qui suit la fermentation tumultueuse, période pendant laquelle les éthers continuent à se développer et que l'on nomme *fermentation insensible*. Rouvières, remarquant que le plâtrage prive le vin de son acide tartrique et l'empêche de s'améliorer et de prendre du bouquet en vieillissant, a conseillé de remplacer le plâtrage par l'addition d'une petite quantité d'acide tartrique. (15 à 20 grammes par hectolitre).

« En somme, le plâtrage, et les vignerons l'avouent eux-mêmes, est un pis-aller pour utiliser les vins du Midi.

« Si on supprimait totalement cette pratique, les vins ne pourraient que gagner. Le même vin non plâtré devient supérieur au vin plâtré dès la seconde année, et tandis que le vin plâtré devient plat, le vin non plâtré gagne sans cesse en qualité.

« Des collages habilement faits suppléeraient, selon nous, au plâtrage.

« Dans tous les cas, en maintenant celui-ci, il faut absolument le faire rentrer dans les limites raisonnables desquelles il est sorti peu à peu. L'addition d'une *petite quantité* de plâtre à la cuve donnera des vins légèrement plâtrés et néanmoins le collage sera suffisant pour chauffer le vin, le rendre marchand et permettre son emploi immédiat. »

V. Docteur Thorens. — Sur les mesures a prendre contre les attitudes scolaires vicieuses. (Revue d'hygiène, mai et juin 1881.)

M. Thorens, dans un excellent travail, arrive à conclure que l'élève doit être « assis également sur les deux fesses, la ligne des épaules horizontale et parallèle au bord de la table, en évitant de creuser les reins.

« Il n'aura aucun des coudes appuyé sur la table ou tous les deux également.

« Il se bornera à maintenir le papier avec les doigts de la main gauche.

« Il y a lieu de recommander l'écriture droite (à pleins verticaux) tracée, le papier étant maintenu droit.

« Si l'on adopte une écriture inclinée, il faut que le papier ait une inclinaison égale à celle demandée à l'écriture, mais en sens inverse; par exemple, que pour une écriture inclinée de gauche à droite de 45 degrés, le papier soit incliné de droite à gauche de 45 degrés, de telle façon que les pleins soient toujours tracés perpendiculairement au bord de la table. »

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Adolphe Mottard, dont le *Traité d'hygiène générale*, publié en 1868, a eu un légitime succès. Voué pendant de longues années à l'industrie (il a été, avec M. de Milly, le créateur de la bougie de l'Etoile). M. Mottard n'avait pas renoncé à l'étude des sciences médicales et ses connaissances dans toutes les branches de ces sciences étaient fort étendues. D'un caractère aimable et ouvert, il n'inspirait que des sympathies. Il est mort en Touraine, où il s'était retiré depuis peu de temps.

— M. le docteur Lolliot (Jules), ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Suresnes, près Paris, le 12 de ce mois, à l'âge de quarante-deux ans.

— Nous apprenons aussi la mort d'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Louis Beau, ancien interne des hôpitaux de Lyon, reçu médecin en 1873, et celle de M. le docteur Louis Martin, qui a succombé ces jours derniers à Bruxelles aux suites d'un érysipèle de la face.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel, la chaire des maladies nerveuses, de récente création, vient d'être complétée par les nominations suivantes :

Sont nommés : M. le docteur Ballet, *chef de clinique;* M. le docteur Richer, *chef du laboratoire;* et M. Charles Féré, *préparateur*.

***

Faculté de médecine de Nancy. — M. Thorion (H.-G.) est nommé préparateur.

Faculté de médecine de Lyon. — Le lundi 3 avril 1882, un concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Lyon, pour la nomination de trois internes en médecine et de deux internes suppléants qui seront appelés à faire le service de médecine à l'asile des aliénés de Bron du 20 avril 1882 au 31 décembre 1884.

***

Concours du Bureau central. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'ouvrira le lundi 20 mars 1882, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, numéro 3, à Paris, de midi à trois heures. Le registre d'inscriptions sera ouvert le 16 février 1882 et clos définitivement le 4 mars, à trois heures.

***

Externat des hopitaux de Paris. — Les élèves stagiaires ayant au moins dix inscriptions qui voudraient remplir les fonctions

d'externes provisoires sont invités à s'inscrire au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

***

MISSION SCIENTIFIQUE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 17 février 1882, M. le docteur Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Angleterre à l'effet d'étudier l'enseignement de l'odontologie dans ce pays.

***

RÉUNION ANNUELLE DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Cette réunion se tiendra, comme les années précédentes, à la Sorbonne, les 11, 12, 13 et 14 avril prochain. La distribution solennelle des récompenses aux lauréats aura lieu le samedi 15 avril au grand amphithéâtre, sous la présidence du ministre de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882.

1. M. ALEXANDRE. — Contribution à l'étude de la coxalgie ; de la douleur dans la coxalgie ; pathogénie de la douleur du genou. — 2. M. CARON. — De la gangrène des organes génitaux chez les nouvelles accouchées. — 3. M. COLAS. — De la nature des adénites externes dites scrofuleuses. — 4. M. ZIBELIN. — De la rétention d'urine. — 5. M. COUETOUX. — Des plaies contuses de la main et des doigts, et de leur traitement par la méthode antiseptique. — 6. M. LACROIX. — Sur les néphrites. — 7. M. BOUTROUX. — Contribution à l'étude du rasb variolique. — 8. M. TURGARD. — Contribution à l'étude des troubles cardiaques liés à la néphrite interstitielle. — 9. M. ROLAND. — Essai critique de chirurgie conservatrice à propos des plaies des doigts.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE BASÉE SUR L'ÉTIOLOGIE, par A. Bouchardat. — Prix : 18 fr. — Librairie Germer-Baillière et Cie.

MÉDECINE VIEILLE ET MÉDECINE NOUVELLE, par le docteur Mariano Semmola. — Baillière et fils, éditeurs.

— L'hydrologie thérapeutique et la physiologie doivent trop à Bordeu pour que les médecins de notre temps oublient ce maître du siècle précédent. Les lecteurs ordinaires mettront également ses ouvrages dans leur bibliothèque, à commencer par l'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. La nouvelle édition de ce livre est ornée du portrait de l'auteur et précédée d'une étude littéraire, due à la plume autorisée de M. Lefeuve, l'historien de Paris. Les honneurs rendus à Bordeu ne s'arrêteront pas là, il aura aussi sa statue ; ainsi l'ont voulu des notables de la médecine et de la littérature.

— ESSAI SUR LES MÉDICAMENTS NOUVEAUX. « HAMAMELIS VIRGINICA », son action thérapeutique, par le docteur Serrand. In-8. — Prix : 1 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— COURS D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, par le docteur G. Chantreuil. In-8. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— DU LAVAGE DE L'ESTOMAC, PROCÉDÉ OPÉRATOIRE, indications, résultats, par le docteur Faucher. In-8. — Prix : 2 fr. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 9 mars 1882.

Académie de médecine : LA PARALYSIE DU NERF RADIAL *à frigore* ET PAR COMPRESSION. — LA CONTRACTILITÉ DES TENDONS. — LE CHLOROFORME.

L'intéressante observation de paralysie des bras par compression des nerfs de l'aisselle, communiquée par M. Vulpian à l'Académie de médecine, semble réduire presque à néant l'existence des paralysies *à frigore*. M. Vulpian lui-même, qui avait défendu cette variété de paralysie pour le nerf radial contre la théorie soutenue à la tribune de l'Académie par M. Panas en 1871, théorie d'après laquelle la paralysie du nerf radial serait toujours ou presque toujours occasionnée par la compression, M. Vulpian, disons-nous, renonce à son opinion première et tend à se ranger à celle de son ancien contradicteur. Une seule observation, quelque importante qu'elle soit, ne paraîtra peut-être pas suffisante pour produire chez tout le monde une semblable conversion. Ce qu'elle prouve avant tout, c'est que les phénomènes consécutifs à la compression d'un nerf varient suivant l'intensité et la durée de la compression. On peut encore admettre que les effets d'une compression légère et de courte durée du radial expliquent, dans un grand nombre de cas, les phénomènes de paralysie observés et attribués à l'action du froid. Mais faut-il désormais rayer du cadre nosologique la paralysie du radial *à frigore*? Sur une centaine de cas soumis à son observation, Duchenne (de Boulogne), qu'il est toujours bon de consulter en pareille matière, dit que l'impression du froid a rempli le principal rôle dans l'étiologie de cette paralysie. L'expérience d'un tel observateur commande quelques réserves sur la conclusion un peu trop absolue qu'on pourrait tirer de la communication de M. Vulpian.

— M. Jules Guérin a entretenu l'Académie des sciences et l'Académie de médecine de recherches relatives à la contractilité des tendons. Comme base d'une doctrine qu'il doit développer à l'encontre des idées aujourd'hui admises sur les réflexes tendineux, il a cherché à établir, tout d'abord, la contractilité volontaire des tendons. Ce premier point soulève des questions d'anatomie générale et de physiologie sur lesquelles la GAZETTE aura sans doute à revenir, en examinant dans son ensemble la théorie de l'honorable académicien.

— Nous ne dirons rien de la discussion sur le chloroforme, qui semble tourner autour du même cercle, et que l'Académie jugera probablement à propos de clore dans la prochaine séance.

Dr F. DE R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SYPHILOME DE LA LANGUE. TRAITEMENT PAR L'IODURE DE POTASSIUM; GUÉRISON.

Leçon professée à l'Hôtel-Dieu par M. RICHET, recueillie par M. P. DALCHÉ, interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une malade couchée

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

La Faculté et le ministère. — L'enseignement à Vienne. — Les agrégés de Bagdad. — Les inspecteurs d'eaux minérales. — La médecine et le commerce.

M. Paul Bert avait fait son entrée au ministère de l'instruction publique en nommant un doyen de la Faculté de médecine de Paris, sans consulter le grand sanhédrin des professeurs.

Au moment de se retirer, il déclare vacante la chaire d'anatomie pathologique, ne tenant pas compte du vote qui autorisait le professeur de thérapeutique à passer dans la chaire laissée libre par M. Charcot

De là, grand émoi !

Qu'est-ce à dire ? Le ministre de l'instruction publique est-il seulement chargé de sauvegarder les prérogatives traditionnelles du corps enseignant ? Ne doit-il pas avant tout veiller aux intérêts de l'enseignement et des élèves ?

Il y a tantôt un an, les Chambres se montrant bien disposées, le ministre avait proposé à la Faculté la création d'un certain nombre de chaires, dont le besoin se faisait si bien sentir que même certains professeurs en demandaient la création.

Mais la majorité des professeurs consultés trouva que tout était pour le mieux dans la meilleure des Facultés. Les cours étaient très suivis ou, s'il y avait bien des places inoccupées, c'était la faute des élèves, les professeurs qui font salle comble ne se plaignant pas d'avoir trop d'auditeurs, ceux qui font salle vide ou à peu près accusant les élèves d'indifférence ou de paresse.

Et l'on s'étonne qu'un ministre s'abstienne de consulter la Faculté ou de tenir un compte absolu de ses délibérations !

Ces réflexions ne seront peut-être pas du goût de la Faculté, car les vérités ne sont pas toujours agréables à entendre. Mais ne vient-elle pas elle-même de les justifier et de donner raison à l'arrêté ministériel qu'on avait assimilé à la flèche du Parthe, en ne proposant pas pour la chaire d'anatomie pathologique le professeur dont elle avait voté la permutation dans cette même chaire ? Le ministre avait-il pressenti le résultat de cette seconde délibération, ou sait-il par expérience que les Facultés, comme la plu

au n° 12 de la salle Notre-Dame et présentant une affection linguale des plus curieuses.

Dans les derniers jours du mois de décembre 1881, elle vint à notre consultation et nous raconta que jusqu'alors elle avait été traitée par un pharmacien. Voyant le pen d'efficacité des soins qui lui étaient ainsi donnés, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dien.

C'est une femme âgée de 33 ans, d'une apparence pas très robuste. Il y a quatre mois, nous dit-elle, sur le côté gauche de la langue lui était survenue une grosseur qui, dane la suite, s'était ulcérée. Très gênée pour parler et manger, par moments elle souffrait beaucoup ; de la tumeur s'écoulait un liquide particulier, mais jamais de sang.

Je l'examinai : à gauche, sur la face dorsale de la langue, je vis une ulcération plus large que l'ongle du pouce. Elle respectait le bord de l'organe, s'avançait d'une part à un demi-centimètre de la pointe, et de l'autre gagnait la partie médiane ; les bords un peu élevés en étaient taillés à pic ; au centre se voyait une sorte de promontoire, un bourgeon mamelonné qui semblait avoir résisté à la maladie, et tout autour un sillon d'aspect jaunâtre. Cette ulcération reposait sur un fond dur, les bords étaient eux-mêmes indurés ; la pression n'éveillait qu'une légère douleur. La malade attribuait cette affection à des dents cariées, aux molaires ganches du maxillaire inférieur. Elle fut examinée par de nombreux chirurgiens, et les avis furent partagés, les uns songeant à une ulcération irritative causée par les dents, les autres à une ulcération tuberculeuse, d'autres à un cancroïde, d'autres enfin à une manifestation syphilitique.

A ce moment, voici quel fut le diagnostic différentiel que j'établis à son lit.

Ce n'est pas, dis-je, une ulcération irritative causée par des dents malades, car dans ce cas l'ulcération siègerait sur les bords non sur la face dorsale, et je considérais cette raison comme irréfutable, d'autant mieux que les dents malades étaient les molaires *inférieures*. En outre les bords ne seraient pas aussi élevés et indurés.

Est-ce un tubercule de la langue? Cette opinion est fort justifiable. La malade nous raconte en effet que la grosseur a augmenté peu à peu, puis s'est percée en laissant échapper quelque chose de grisâtre ; les bords aussi sont grisâtres. Mais en abstergeant la tumeur nous ne trouvions pas ce semis de petits points gris caractéristique ; l'auscultation ne nous a jamais fait rien constater de suspect dans les poumons; et vous savez en outre que le tubercule de la langue n'est pas une affection fréquente. Est-ce un cancroïde? Les bords sont taillés à pic, c'est vrai ; mais il y a contre ce diagnostic la présence de cette petite saillie médiane, qui a résisté aux progrès de la destruction. Les ulcérations cancroïdales sont plutôt des ulcérations profondes, creusant les tissus en forme de cupule, allant de la surface vers le centre de l'organe. Cependant je croyais plutôt à un cancroïde qu'à une ulcération irritative ou à une ulcération tuberculeuse. J'y croyais surtout parce qu'il m'avait semblé voir, dans la profondeur, des points jaunes, que je croyais être ce que l'on a nommé les *macrocystes* remplis de matière épithéliale; mais c'était une illusion. Ces points jaunes étaient de la lymphe plastique infiltrée ; la suite l'a prouvé.

Toutefois, comme je vous l'ai dit, le cancroïde, en s'ulcérant, procède de la surface vers le fond ; ici je constatais tout le contraire. Je voyais une tumeur précédant l'ulcération, puis cette tumeur s'ouvrant comme un abcès, ensuite une expulsion de matière plastique, enfin la formation d'une ulcération à bords taillés à pic, avec conservation au centre d'un îlot continuant à vivre. Je conçus donc des doutes et je me rattachai à ce que j'appelle le diagnostic d'espérance. Je me pris à espérer un syphilôme. La malade n'offrait cependant aucun signe actuel de syphilis; cherchant dans ses antécédents, j'appris qu'elle avait eu quatre fausses couches et qu'un cinquième enfant venu à terme était mort quelques jours après sa naissance. Ce fut, avec quelques douleurs erratiques et la chute des cheveux, la seule chose suspecte que nous pûmes trouver.

Un traitement antisyphilitique fut institué : la malade fut soumise aux pilules de Sédillot pendant quinze jours, puis à l'iodure de potassium. Pendant trois ans que j'ai passés à l'hôpital de Lourcine, dans le service des syphilitiques, j'ai appris qu'avant de donner l'iodure de potassium il faut toujours le faire précéder d'un traitement mercuriel. Le mercure d'abord ne produisit que peu d'effet; mais au bout de quinze jours d'iodure la surface de la plaie s'est modifiée, les bords se sont abaissés, et la cicatrisation s'est rapidement effectuée. Aujourd'hui, après six semaines, vous pouvez voir, sur la malade que je vous présente, que tout a disparu ; il reste seule-

---

belle moitié de l'espèce humaine, sont parfois mobiles et changeantes?

***

D'après le WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT du 15 octobre 1881, il y a à Vienne, pour la seule Faculté de médecine (1er semestre de l'année scolaire 1881-82), 197 cours ; le corps enseignant comprend 144 professeurs, privat-docents ou assistants. Or, pour le semestre précédent, dans la même Faculté, on a compté en tout 1,159 étudiants dont 988 auditeurs *ordinaires* et 271 auditeurs *extraordinaires*.

Quelle différence avec la Faculté de Paris, où le chiffre des étudiants est beaucoup plus considérable et celui des professeurs inversement beaucoup plus faible.

***

Il y a bien... bien longtemps, quinze ans, vingt ans peut-être, dans une belle ville très populeuse, qui, je crois, s'appelle Bagdad, et qui possède une grande Faculté de médecine, les agrégés en étaient réduits à cacher pour ainsi dire leurs qualités professorales. On leur accordait volontiers quelques places dans les jurys d'examen ; mais quant à utiliser leur ardeur juvénile en réclamant d'eux des services réels, fi donc!

On semblait craindre de leur confier quelques cours auxiliaires: cela aurait pu faire tort de quelques élèves aux cours des professeurs en titre. On feignait de ne pas s'apercevoir que les meilleurs élèves, les plus travailleurs, les plus sérieux, les vrais étudiants, en étaient réduits à déserter l'Ecole, à chercher dans les hôpitaux, dans les laboratoires, dans les bibliothèques ou chez les professeurs libres un enseignement que la Faculté ne consentait à leur départir qu'avec une parcimonie extrême.

D'autre part, les agrégés étaient fort empêchés. S'ils essayaient un cours à l'Ecole pratique ou ailleurs, les voilà mal notés auprès des professeurs du grand amphithéâtre, et d'autant plus mal notés qu'ils attiraient plus d'élèves à leurs cours, qu'ils avaient plus de succès.

Et puis, voici un agrégé qui avait le tort d'avoir une voiture à lui, tel professeur ne pouvant traîner carrosse ; un autre possédait une riche clientèle que le professeur X...

En sorte que pour être plus sûr d'arriver à une chaire de la Faculté, de gagner d'avance les suffrages de ses futurs collègues,

ment un sillon cicatriciel aboutissant à une sorte de petite étoile et tout à fait comparable à ces sillons signalés sur la langue comme une manifestation tardive de la syphilis.

La malade est donc guérie ; et cependant, alors que mon diagnostic était hésitant et incertain, j'avais dû songer à la possibilité d'une opération, c'est-à-dire à l'amputation de la langue.

Messieurs, j'ai rapporté, dans mon *Anatomie chirurgicale*, l'histoire d'un malade opéré par Blandin et que je veux vous citer en entier : « J'ai vu, en 1845, à l'Hôtel-Dieu, Blandin employer le procédé dit de « la ligature à anses successives » sur un malade qui portait une énorme ulcération à base indurée, occupant non seulement la moitié droite du voile du palais, mais encore le pilier antérieur, et une portion de l'amygdale correspondante. Pour pouvoir porter plus sûrement et plus facilement les ligatures qui devaient cerner l'amygdale et le pilier antérieur, ce chirurgien pratiqua préalablement, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, une incision profonde au fond de laquelle, pendant l'opération, il portait de temps à autre le doigt indicateur pour diriger la marche des aiguilles et protéger les artères carotides. La tumeur une fois cernée de toutes parts, les anses furent serrées, et instantanément on la vit bleuir ; quelques jours après, elle se détacha complètement, et le malade guéri fut présenté à l'Académie. Malheureusement, quelque temps après, l'ulcération reparut, et cet homme, jugé inopérable par Blandin lui-même, fut envoyé à Bicêtre, où Maisonneuve eut l'heureuse idée de lui administrer, d'après quelque soupçon d'affection syphilitique, l'iodure de potassium qui le guérit radicalement et en très peu de temps. »

Notre malade a guéri aussi, et elle n'a pas eu à subir, comme l'homme de Blandin, une opération grave et inutile.

La conclusion à tirer de ceci, c'est que, toutes les fois qu'on est dans le doute, il faut, avant de prendre un parti opératoire, essayer d'abord le traitement antisyphilitique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation, par MM. Ch. Lasègue et J. Regnauld, professeurs à la Faculté de médecine.

L'importance du chloroforme comme anesthésique a fait laisser dans l'ombre son rôle comme agent antispasmodique et paralgique : aussi MM. Lasègue et Regnauld se sont-ils proposés de reviser, au point de vue pharmacologique et thérapeutique, cet important médicament.

La meilleure des préparations destinées à l'ingestion est l'eau chloroformée préparée en agitant de l'eau distillée avec un excès de chloroforme et en laissant déposer celui-ci jusqu'à complet éclaircissement de la liqueur. Cette eau chloroformée ne doit pas être employée pure : il est indispensable de la diluer avant de l'employer à l'intérieur.

Les préparations d'alcool chloroformé, de chloroforme émulsionné ne valent pas la solution précédente. Pourtant, quand il sera nécessaire de faire absorber des doses de chloroforme supérieures à 2 grammes, on pourra utiliser la potion huileuse émulsionnée de M. Dannecy.

L'eau chloroformée peut servir, en outre, d'excipient à divers sels (salicylate de soude, chlorate de potasse, bicarbonate de soude, etc.), ou être additionnée d'autres liquides, tels que le vin et les liqueurs sucrées : elle suffit donc à toutes les nécessités de la médication interne par le chloroforme.

A titre de véhicule, elle peut remplacer le classique et écœurant julep pour l'administration du sirop de morphine ; elle aide à masquer la saveur de certains médicaments comme l'huile de ricin et la gomme gutte ; remplace avantageusement les alcools aromatisés pour les soins de la bouche, si bien que l'eau chloroformée, associée à un astringent comme le sirop de ratanhia, par exemple, égale les eaux dentrifices les plus réputées.

Elle est utilisable encore dans les cas de douleurs dentaires.

A l'intérieur, l'eau chloroformée, administrée dans les trois à quatre heures qui suivent le repas, peut être utilisée dans les troubles fonctionnels de cet organe qui se traduisent par des bâillements, des tensions ou des éructations gazeuses, des sensations de lourdeur épigastrique, des bouffées de chaleur,

---

un agrégé était obligé de rester nul ou de faire parade d'une médiocrité suffisante.

Les protestations, toujours timides, s'émoussaient devant l'impassibilité olympienne d'une corporation si solide ; et dans le groupe professoral si bien gardé et trop fermé, nul ne s'introduisait qu'en montrant *patte blanche*, à moins de s'imposer énergiquement par des qualités plus qu'exceptionnelles. Il était du devoir de tout candidat sérieux au professorat d'avoir démontré péremptoirement que les porteurs d'hermine n'en recevraient jamais nul ombrage

***

De là à obliger les agrégés à jouer le rôle de Sixte-Quint, il n'y a qu'un pas. Aussi a-t-on vu des phthisiques, des moribonds prétendus ou authentiques acceptés avec empressement dans le sanctuaire

Les plus habiles ayant chance d'arriver *bons premiers* au pro fessorat, quelques agrégés renouvelaient le jeu de la chauve-souris dont le fabuliste nous dépeint les savantes variations :

Moi, souris ! des méchants vous ont dit ces nouvelles,
Grâce à l'auteur de l'univers,
Je suis oiseau, voyez mes ailes :
Vive la gent qui fend les airs !
Sa raison plut, et sembla bonne.
Elle fait si bien qu'on lui donne
L'espoir un jour de professer.
Deux jours après, notre étourdie
Aveuglément se va fourrer
Chez une autre belette aux oiseaux ennemie.
La voilà derechef en danger de sa vie.
La dame du logis, avec son long museau,
S'en allait la croquer en qualité d'oiseau,
Quand elle protesta qu'on lui faisait outrage.
Moi, pour telle passer ! Vous n'y regardez pas.
Qui fait l'oiseau ? c'est le plumage.
Je suis souris, vivent les rats !
Jupiter confonde les chats !

Et trop souvent ce n'est qu'en ayant recours à de telles compromissions, peu dignes, mais presque imposées, que l'on forçait les portes de la Faculté de Bagdad.

***

de l'écœurement, des menaces vertigineuses. Elle rendra aussi des services à beaucoup de cancéreux.

Les usages du chloroforme dans la médication externe forment la deuxième partie du très remarquable mémoire de MM. Lasègue et Regnauld.

Ici, il faut employer la pommade ou l'huile chloroformée, combinée de manière à ménager la peau, employée sous forme de frictions répétées et persévérantes, car la simple apposition de la pommade étalée et recouverte d'une compresse ou de ouate possède peu d'efficacité.

Ce mode de traitement a donné d'excellents résultats chez les tuberculeux atteints de douleurs thoraciques vagues, mais fort pénibles pour des malades fiévreux, épuisés et intolérants de souffrance; il est resté improductif quand il s'est agi de ces sciatiques intenses dont M. le professeur Lasègue a montré l'étroite affinité avec les névrites. En un mot, le chloroforme lutte plus facilement contre les douleurs passagères, mal limitées, que contre les grandes algésies.

Dans d'autres circonstances, on s'adresse aux propriétés irritatives du remède pour calmer des douleurs profondes ou dériver un mouvement fluxionnaire : alors, étant donné que l'excitant entané agit dans ce cas en raison de la fluxion congestive qu'il détermine à la peau ou de l'élément douloureux qu'il provoque, le but doit être de réaliser, dans le plus court espace de temps, le maximum de congestion ou de douleur : le cataplasme chaud et humide, arrosé de chloroforme depuis quelques gouttes jusqu'à quelques grammes, remplit cette double indication.

La température du cataplasme, la durée et la fréquence de ses applications varient d'après le but poursuivi et les altérations dont la peau peut devenir le siège.

En général, il est préférable de provoquer une douleur vive et instantanée qu'on réfrénera avec des applications de compresses froides au cas où elle se prolongerait : la desquamation épidermique doit être évitée.

On doit, par conséquent, prescrire les cataplasmes à haute température, et ne les employer que comme un moyen presque transcurrent, mais sur lequel on peut revenir coup sur coup. Dans ces conditions, le cataplasme chloroformé n'est jamais inférieur et est souvent supérieur au sinapisme ; il s'adapte surtout aux cas où l'état douloureux déborde l'état inflammatoire.

Tel est le sommaire trop rapide du consciencieux et intéressant mémoire qui met en lumière, au grand avantage des praticiens, une grande quantité de faits thérapeutiques oubliés ou inconnus, et régularise l'emploi d'un médicament de premier ordre par l'étendue et la sûreté de ses applications. MM. les professeurs Lasègue et Regnauld se proposent de reviser ainsi quelques médicaments consacrés par l'usage : nous nous promettons de tenir les lecteurs de la Gazette médicale au courant de ces très utiles travaux. (Arch. gén. de médecine. (Février, mars 1882.)

Albert Robin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 février 1882. — Présidence de M. Jamin.

Physiologie. — Recherches sur une influence spéciale du système nerveux, produisant l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus. Mémoire de M. Brown-Séquard. (Extrait par l'auteur.)

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Conclusion. — Chez l'homme comme chez les animaux, le système nerveux a la puissance d'arrêter les échanges entre les tissus et le sang et de produire, par là ou autrement, des changements dans les propriétés des tissus, changements qui se manifestent non seulement pendant la vie, mais encore après la mort, dans les périodes d'existence de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.

Physiologie animale. — L'action des hautes pressions atmosphériques sur l'organisme animal. Note de M. E. de Cyon.

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

De l'ensemble de cette étude, il ressort :

1o Que les hautes pressions atmosphériques n'agissent sur l'organisme, d'une manière évidente, que lorsqu'elles modifient sensiblement les rapports existant entre la tension des gaz contenus dans le sang ;

2o Que cette action s'exerce sur les appareils de la circulation et de la respiration, conformément aux lois qui régissent l'action des gaz du sang sur les centres nerveux présidant au fonctionnement de ces appareils ;

3o Que, par conséquent, l'oxygène *n'est nullement un poison*

S'il est difficile de pénétrer dans le groupe serré des professeurs de l'Ecole de médecine, du moins, une fois entré, on a bien des chances d'y rester. Dans la catégorie des médecins inspecteurs des eaux minérales, bien moindre est la stabilité. Ici les flots sont mouvants et les destins changeants, comme les ministres. Avant-hier à Néris, hier à Paris et à Allevard, demain ailleurs, on révoque les médecins-inspecteurs. Ils ont cessé de plaire : pas n'est besoin d'autre raison.

Je ne m'en cache pas, je préférerais accepter la place de sous-préfet que celle d'inspecteur des naïades plaintives.

⁂

Il paraît que les temps sont durs pour les médecins : et beaucoup de nos confrères en sont réduits à essayer de battre monnaie de bien des manières.

Tels mettent en coupe réglée l'exploitation de certaines eaux minérales qu'ils prescrivent, à tort et à travers, sûrs d'en tirer avantage, sinon pour leurs clients, au moins pour eux.

Tel autre a recours à un procédé peut-être plus original. Il recueille ici et là, dans des journaux de toute sorte et même des moins autorisés, une quantité suffisante de formules médicales appliquées par le docteur X..., le professeur N..., etc., au traitement de tel ou tel cas morbide. Il groupe toutes ces formules tant bien que mal par ordre alphabétique de maladies ; cela fait un petit volume.

Mais ce volume, si mince soit-il, comment en faciliter l'écoulement ?

Rien n'est plus simple. On met chaque exemplaire sous bande, on l'adresse à ses confrères en ayant soin d'insérer entre deux pages un petit avis imprimé, vous disant que l'on vous présentera une petite note à payer, presque rien, 2 fr 50.

D'ailleurs, si le volume ne convient pas, on est prié de le renvoyer.

Et presque tous les exemplaires abandonnent ainsi les rayons de la librairie.

Dr Peter-Paul Somans.

spécial pour l'organisme ; les animaux meurent à de hautes pressions atmosphériques, uniquement parce que, l'acide carbonique (l'excitant principal des centres vasomoteurs et respiratoires) *diminuant très sensiblement, la circulation et la respiration s'arrêtent* : la circulation, *par suite de l'abaissement trop considérable de la pression sanguine* ; la respiration, *par l'état d'apnée.* Les battements du cœur s'accélèrent par les mêmes raisons : d'un côté, l'oxygène, l'excitant normal des nerfs et des centres accélérateurs, augmente leur activité ; d'un autre côté, la disparition de l'acide carbonique diminue l'action modératrice des nerfs pneumogastriques.

Séance du 27 février. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — De l'action qu'exercent les fortes doses de strychnine sur la motricité des nerfs chez les mammifères. Note de M. Vulpian.

On est autorisé à conclure de ces expériences, dit l'auteur en terminant sa communication, que la strychnine, absorbée à hautes doses, peut abolir la motricité des nerfs chez les mammifères, comme elle le fait chez les grenouilles.

Ces faits expérimentaux montrent que l'action du curare sur les nerfs moteurs n'est pas exclusivement propre à ce poison. C'est un point de l'histoire physiologique des agents toxiques que j'ai cherché depuis longtemps à mettre hors de doute, et qui paraît plus incontestable encore après les expériences dont il s'agit ici. La quantité de strychnine nécessaire pour obtenir l'abolition de l'influence des nerfs moteurs sur les muscles est toutefois bien supérieure à la dose de curare qui suffit pour produire le même résultat. Il convient d'ailleurs de rappeler que, si les deux poisons se ressemblent sous ce rapport, ils diffèrent tant par les autres caractères de leur action physiologique, que l'on doit les considérer comme deux types tout à fait distincts.

J'ai examiné l'effet des injections de solutions d'autres poisons, faites dans une des artères crurales, vers les orteils du membre correspondant. Ces expériences ont été faites aussi sur des chiens.

On a injecté de cette façon, sur un chien, 0gr. 80 de chlorhydrate de morphine, en solution au centième. La motricité du nerf sciatique, du côté de l'injection, est demeurée absolument normale.

Il en a été de même, chez un autre chien, après une injection intra-artérielle (artère crurale) de 0gr. 96 de sulfate neutre d'atropine, en solution aqueuse au centième.

Même résultat après l'injection de 0gr. 30 de conine, en solution hydro-alcoolique, au centième, dans une des artères crurales d'un chien.

Au contraire, une injection de 0gr. 08 de nicotine en solution hydro-alcoolique, à 1 pour 200, dans l'artère crurale d'un chien, a détruit immédiatement la motricité du nerf sciatique correspondant, en laissant intacte la contractilité des muscles auxquels se distribue ce nerf. La nicotine est donc encore une substance qui, absorbée à dose suffisante, peut, comme le curare, abolir l'influence des nerfs moteurs sur les muscles. Je l'avais déjà constaté chez les grenouilles : on voit qu'il en est de même chez les mammifères. Par tous les autres caractères de son action physiologique, la nicotine n'en constitue pas moins aussi un type toxique distinct.

Physiologie. — Sur le caractère physiologique de la contraction tendineuse. Note de M. J. Guérin.

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Bon nombre d'anatomistes et de physiologistes, dit l'auteur, admettant le fait de la contraction tendineuse, tel que je l'ai établi dans un mémoire lu devant l'Académie le 3 mars 1856, ont conclu, sans preuves nouvelles, que cette contraction est un phénomène de l'ordre *réflexe.* On écrit partout aujourd'hui : le *réflexe tendineux*, les *réflexes tendineux*, c'est-à-dire une action en retour de la moelle épinière, provoquée par l'excitation directe du tendon, c'est-à-dire des nerfs qui s'y distribuent. Lors de mon premier mémoire, j'avais explicitement réservé cette question. Je viens aujourd'hui soumettre à l'Académie la solution qu'elle me paraît comporter, et, pour qu'elle en apprécie immédiatement la différence avec celle qui a été proposée ailleurs, je dirai que la contractilité tendineuse est une propriété absolument du même ordre que la contractilité musculaire de la vie de relation, c'est-à-dire que, de même que les muscles de cet ordre se contractent tout à la fois sous l'empire de la volonté et en vertu d'une influence d'une autre origine, encore indéterminée, les tendons possèdent cette double propriété, et ils la possèdent d'une manière indivise avec les muscles proprement dits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. Tillaux présente, au nom de M. le docteur Servajan, médecin-inspecteur aux eaux de Saint-Alban. un appareil qu'il désigne sous le nom de *pneumo-incluseur*, et qui est destiné à donner des douches *intùs et extrà* d'acide carbonique.

M. Depaul offre en hommage, au nom de M. le docteur Duboué, membre correspondant à Pau, un ouvrage intitulé : *Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse.*

M. Hervieux présente, au nom de M. le docteur Dimitri Staicu (de Bucharest), sa thèse inaugurale sur la vaccine animale comparée à la vaccine jennérienne.

M. Léon Labbé présente, au nom de M. le docteur Chavernac (d'Aix en Provence), une brochure intitulée : *Étude clinique sur l'inversion de l'utérus*, travail tout à fait recommandable, dit M. Léon Labbé, où le diagnostic entre l'inversion utérine et les polypes utérins est présenté avec la plus grande netteté.

— M. Vulpian communique un fait intéressant de paralysie des nerfs du bras produite à la suite de la compression de ces nerfs par des béquilles.

M. Vulpian a eu l'occasion d'observer récemment dans son service, à l'Hôtel-Dieu, une malade âgée de vingt-huit à trente ans, qui, par suite d'une athrite prolongée du genou droit, avait eu pendant plusieurs mois le membre inférieur droit incarcéré dans un appareil silicaté, et qui avait été, pendant tout ce temps, condamnée à se servir de béquilles. Pendant les premiers mois, elle avait pu marcher ainsi, sans en être incommodée ; mais quelques jours avant son entrée à l'hôpital, les traverses axillaires de ses béquilles s'étaient trouvées dégarnies et avaient appuyé par les arêtes du bois mis à nu sur les nerfs brachiaux, dans les aisselles. Elle avait ressenti des douleurs dans les avant-bras et les mains, la région dorsale des poignets et des mains s'était gonflée et, en même temps, ses membres supérieurs étaient devenus d'une faiblesse extrême.

Lors de son entrée, on avait constaté cet affaiblissement ; les avant-bras et les mains étaient surtout paralysés. Les douleurs qui siégeaient dans ces parties avaient cessé par le repos, au bout de vingt-quatre heures ; le gonflement avait disparu rapidement aussi ; la paralysie avait seule persisté, plus prononcée à droite qu'à gauche. Il n'était pas difficile de reconnaître là un cas de paralysie due à la compression des nerfs brachiaux par des béquilles.

Cette malade est examinée avec soin à son entrée. On constate que la sensibilité est intacte dans toute l'étendue du membre ainsi que les vaso-moteurs et sécrétoires. La sensibilité est complètement abolie à droite et seulement diminuée à gauche.

Il résultait de cette constatation cette conséquence que les nerfs

moteurs ne pouvaient être altérés, puisque leur altération n'eût pu laisser intactes les fibres sensitives et vaso-motrices.

La contractilité musculaire était entièrement intacte, excepté dans un seul faisceau de l'extenseur commun des doigts à droite et à gauche, autre preuve que les fibres nerveuses motrices n'avaient pas subi d'altération histologique.

Voilà donc une paralysie complète dans laquelle il y avait conservation complète de la contractilité musculaire; mais, chose curieuse, si l'on venait à électriser le nerf radial, on ne produisait aucune contraction dans les muscles innervés par les rameaux de ce nerf. Or, il n'y a que les animaux empoisonnés par le curare, qui présentent un semblable phénomène.

Cette malade fut soumise à l'électrisation faradique et son état s'améliora. On constata alors qu'en électrisant le nerf radial la main se redressait, mais que la malade ne pouvait imprimer à cette partie aucun mouvement volontaire, phénomène que l'on n'observe également que sur les animaux empoisonnés par le curare. Ainsi, les excitations de la volonté ne pouvaient traverser les fibres nerveuses que traversait le courant électrique.

La paralysie par compression des nerfs n'offre donc pas toujours les caractères classiques qui sont l'altération histologique des fibres nerveuses, la perte de la contractilité faradique des muscles et l'exagération de la contractilité galvanique. Dans le cas actuel où existait un faible degré de compression nerveuse, la contractilité musculaire était conservée et la motricité nerveuse abolie.

Cette observation paraît à M. Vulpian jeter une certaine lumière sur la paralysie radiale *à frigore*. M. Panas, en 1871, avait fait une communication dont la conclusion était que toutes les paralysies radiales *à frigore* sont des paralysies par compression. M. Vulpian combattit cette conclusion par cette considération que, d'une part, dans la paralysie radiale, il n'y a pas de diminution de la contractilité musculaire et, d'autre part, que dans certains cas de paralysie radiale, alors que le malade ne peut imprimer à ses muscles de mouvements volontaires, si l'on vient à électriser le nerf radial, les muscles se contractent.

Ces arguments, M. Vulpian reconnaît qu'ils perdent beaucoup de leur force à la suite de cette observation.

« Aujourd'hui, dit-il, après avoir vu, dans un cas où la paralysie a été évidemment produite par la compression de béquilles sur les nerfs brachiaux, le même ensemble de phénomènes que dans les paralysies radiales dites *à frigore*, je n'hésite pas à me ranger, au moins pour le plus grand nombre des paralysies radiales, à l'opinion de M. Panas. Il est certain d'ailleurs que, dans la plupart de ces cas, comme l'a bien établi M. Panas, le nerf a été soumis pendant un temps plus ou moins long à une compression continue.

« En résumé, la compression prolongée des nerfs peut produire une paralysie de ces nerfs, caractérisée par une interruption passagère, mais plus ou moins durable de la transmission des excitations des fibres nerveuses motrices aux faisceaux musculaires striés, bien que ces deux éléments anatomiques aient conservé leurs propriétés physiologiques. »

—M. Jules Guérin lit un travail intitulé : *Mémoire sur le caractère physiologique de la contraction tendineuse.* (Voir le compte rendu de l'Académie des sciences.)

— M. Verneuil rappelle avoir dit que le chloroforme des pharmaciens de Paris lui avait paru généralement assez pur, et que c'était bien plutôt à sa mauvaise administration qu'à son impureté même qu'il fallait attribuer les accidents qu'on observait. M. Gosselin a été plus loin en rappelant la proposition de M. Sédillot, à savoir que le chloroforme bien administré n'offre jamais de dangers. Je ne partage pas, dit M. Verneuil, l'opinion de M. Gosselin, et je tiens à déclarer que je m'en sépare avec éclat, que je considère sa proposition comme inexacte et funeste. Pendant trente ans, j'ai toujours administré le chloroforme avec le même soin, avec les mêmes précautions ; j'ai toujours, en cas d'accidents, recouru aux moyens bien connus aujourd'hui, à la respiration artificielle, à la traction de la langue, à la position de la tête en bas, etc. Cette pratique m'a fort bien réussi pendant vingt-neuf ans et demi, et il y a quelques mois à peine j'ai eu à déplorer un cas de mort par le chloroforme. Je puis déclarer de la façon la plus formelle que j'ai perdu mon malade sans avoir à me reprocher la moindre faute. Je sais bien que M. Gosselin me dira : Vous avez mal administré le chloroforme, vous ne l'avez pas donné selon la technique que je recommande et qui ne m'a jamais fait défaut. M. Gosselin admet qu'en donnant le chloroforme comme le donnent la plupart des chirurgiens, on introduit dans le sang trop rapidement une trop grande quantité de l'agent anesthésique, et qu'on arrive ainsi à déterminer des troubles aboutissant à la sidération du bulbe. Introduisez plus lentement le chloroforme dans l'économie, ajoute M. Gosselin ; laissez-lui le temps de s'éliminer en partie par les reins l'intestin et la peau, et cette surcharge du sang par le chloroforme n'aura pas lieu. Suspendez donc de temps en temps l'anesthésie, laissez le malade respirer de l'air pur. Faites en sorte que, dans l'espace de 8 à 9 minutes, il y ait, en moyenne, 141 inhalations de chloroforme et 28 inhalations d'air pur. Mais, reprend M. Verneuil, savons-nous quelle est la dose maniable du chloroforme? Savons-nous comment se fait cette élimination par le rein, l'intestin et la peau? Nous ne savons absolument rien de tout cela. Dans l'anesthésie par le chloroforme, on meurt par syncope, par asphyxie, tantôt au début de la chloroformisation, tantôt en pleine chloroformisation, tantôt quatre, cinq ou dix minutes après que l'administration de l'agent anesthésique est complètement terminé. Une seule et même cause pour la mort est donc impossible à admettre. La chloroformisation échappe à toute règle, selon les individus. Un alcoolique ne s'endort pas comme une jeune fille qui n'a jamais fait d'excès. Les effets de l'administration d'un agent anesthésique quelconque sont très-variables selon les individus. Je m'en tiens donc encore à la célèbre proposition de Robert : « Toutes les fois que vous administrez l'éther, le chloroforme, le méthylène, un agent quelconque entraînant la suppression rapide de la sensibilité, vous créez un danger. » Cette proposition est aussi vraie aujourd'hui que du temps de Robert. A Londres, depuis le commencement de 1882, il a été relevé neuf cas de mort par le chloroforme, quatre par l'éther et un par le bichlorure de méthylène. L'autopsie de plusieurs de ces malades a montré qu'ils avaient un cœur gras impossible à reconnaître pendant la vie.

Certains accidents tiennent donc à la constitution des sujets, qui réagissent d'une manière très variable. Il y en a qui meurent par syncope; or, dans les expériences de laboratoire, il est impossible de déterminer la syncope chez le chien. Il y a donc des individualités qui priment tout Sans doute, il faut administrer le chloroforme avec le plus grand soin, se le procurer le plus pur possible; mais il faut aussi, si l'organisme du patient n'est pas plus ou moins taré par une affection diathésique quelconque, il faut l'examiner avec soin et tenir le plus grand compte des contre-indications.

M. Rochard : Il y a des questions qui paraissent épuisées, sur lesquelles il semble qu'il n'y ait plus rien à dire, et qui cependant, par une sorte de périodicité fatale, se reproduisent de temps à autre. Il en est ainsi de l'anesthésie par le chloroforme. Comme le dit M. Verneuil, il ne faut pas se servir de chloroforme impur, mais il ne faut pas mettre sur le compte seul des impuretés du chloroforme tous les accidents qu'on observe. M. Gosselin, faisant allusion à quelques nouveaux procédés d'anesthésie, a dit qu'il faudrait en venir à les adopter plutôt que de continuer à perdre un malade sur quatre ou cinq mille anesthésies. Non, il ne faut pas abandonner le chloroforme ; rappelons-nous ce que donnait l'éther, cette ivresse loquace, indiscrète, qu'il produisait sans amener la résolution musculaire, et la lenteur de son action : gardons le chloroforme. Quant au protoxyde d'azote, on sait combien de morts il a amenées entre les mains des dentistes. Je veux

bien qu'employé sans pression, il soit inoffensif; M. Paul Bert le dit du moins, mais cela n'est pas démontré; quelques applications sont insuffisantes pour l'admettre sans réserve. Le fût-il d'ailleurs d'une manière absolue, il resterait encore la difficulté de son application. Un procédé qui exige cette machine roulante, deux chevaux et six pompiers, n'est vraiment pas pratique. Il faut donc garder le chloroforme, tout en cherchant à diminuer le plus possible ses dangers, mais il ne faut pas espérer de pouvoir les supprimer complètement. Sans doute il offre et offrira toujours certains dangers, mais il ne faut pas reculer devant son emploi parce que de temps à autre il amène un insuccès.

Je regarde le mouchoir ou la compresse dont on se sert habituellement pour l'administrer comme dangereux, parce qu'on fait arriver dans le sang des vapeurs do chloroforme à l'état pur, et cela trop rapidement. Il en est de même de l'alcool. Combien d'individus peuvent boire une bouteille d'eau-de-vie dans leur journée qui tomberaient raide-morts s'ils la buvaient en un quart d'heure. Il faut que le chloroforme soit mélangé d'air. C'est pourquoi j'emploie, depuis trente-cinq ans, le cône en étoffe percé d'un trou de la largeur de la trachée, permettant l'accès facile de l'air Cet appareil me paraît offrir ces deux grands avantages : accès de l'air et distance qui sépare le malade du chloroforme, les deux choses s'obtenant pour ainsi dire automatiquement. Voilà trente cinq ans que cet appareil est employé dans la marine, et nous n'avons pas eu un seul cas de mort par anesthésie, c'est-à-dire un de ces malheurs qu'on est heureux de ne pas avoir eus en arrivant à la fin de sa carrière.

M. Maurice Perrin : La proposition renouvelée par M. Gosselin est tellement grave qu'il ne faut pas craindre d'y revenir. Quelles que soient les précautions que l'on prenne, quelle que soit l'expérience du chirurgien, la pureté du produit, on n'est jamais sûr de ne pas avoir d'accidents. En fait d'anesthésie, la question de vie ou de mort est toujours posée. Quant aux nouveaux venus, en particulier à l'ingénieux procédé de M. Paul Bert, attendons pour les juger; ils n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves. Quand j'ai moi-même porté la question d'anesthésie par le chloroforme à cette tribune, je n'ai pas voulu parler des cas de mort, je n'ai voulu appeler l'attention que sur des accidents bien dus à l'impureté du chloroforme, puisqu'une fois débarrassé de ces impuretés il n'a plus reproduit ces accidents.

Je m'associe pleinement aux protestations formelles de MM. Verneuil et Rochard contre les inhalations intermittentes préconisées par M. Gosselin. Il n'y a pas du fait même de la pratique heureuse de M. Gosselin un argument à tirer en faveur de cette technique, puisque beaucoup d'autres chirurgiens qui ne l'emploient pas ont été, comme M. Gosselin, assez heureux pour n'avoir pas un seul décès depuis trente ans. Théoriquement la pratique des inhalations intermittentes me paraît dangereuse, en ce sens qu'elle retarde les progrès de l'action anesthésique, qu'elle fait perdre du terrain et oblige chaque fois à rendre du chloroforme et à produire cette impression brusque qui est précisément dangereuse. Je suis donc, au contraire, partisan des inhalations ininterrompues. D'où vient donc cette dissidence entre M. Gosselin et moi? de ce que nous n'avons pas les mêmes idées sur les causes de la mort par le chloroforme. Pour moi, c'est un accident indépendant de l'empoisonnement par le chloroforme qui est la cause de la mort. Chez les animaux véritablement empoisonnés par le chloroforme, les accidents se produisent successivement, et la mort arrive à la suite d'une série de phénomènes successifs. Chez l'homme, l'accident mortel est brusque, survient tantôt au début, tantôt pendant le labeur de la chloroformisation, tantôt en pleine période d'agitation, tantôt à la suite d'une suffocation; parfois aussi le malade oublie de respirer, et il faut l'y inciter par la voix sous peine de grand danger. Enfin, il faut bien, avec Chassaignac, admettre que, lorsqu'on est arrivé à ce qu'il a appelé la période de tolérance, on n'a plus rien à craindre. Est-ce donc d'empoisonnement qu'il s'agit dans ces circonstances? Non certes, il s'agit de l'arrêt de la respiration par incapacité du pouvoir excito-moteur. Ce n'est pas de l'asphyxie qui se produit, c'est de la syncope. La mort est causée par l'arrêt de la respiration et son retentissement sur le cœur. La vie est menacée d'une façon, et on succombe de l'autre.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février. — Présidence de M Dujardin-Beaumetz.

Les crèches des hopitaux. — La publicité donnée par les journaux aux plaintes formulées dans la dernière séance sur l'état de nos crèches hospitalières a déjà provoqué, dit M. Blachez, une enquête administrative. Un inspecteur de l'administration de l'Assistance publique est venu constater l'installation défectueuse des crèches de l'hôpital Necker. Bien qu'une nouvelle installation paraisse devoir être assez coûteuse, cependant l'intention de l'administration serait de supprimer les trois crèches de Necker pour les transporter et les installer dans un pavillon spécial que l'on construirait à l'extrémité sud des terrains de l'hôpital. Ces trois crèches réunies en une seule contiendraient alors une vingtaine de lits. On construirait aussi un pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses.

Péricardite sèche et épanchement péricardique ultérieur; ponction. — M. Rendu présente un jeune garçon de 19 ans environ, maçon de son état, qui est entré à l'hôpital Tenon le 17 octobre dernier, à la suite d'un refroidissement résultant d'un seau d'eau qui lui avait été renversé sur le dos.

Il était malade depuis huit jours, au moment de son arrivée, avec un état général semblant faire croire au début d'une fièvre typhoïde; cependant un examen attentif faisait bientôt reconnaître l'existence d'une péricardite sèche accompagnée de phénomènes fébriles intenses. Malgré l'application de révulsifs énergiques, le mal fit des progrès rapides et, peu de jours après, on constatait la présence d'un peu de liquide épanché dans le péricarde. En vingt-quatre heures, cet épanchement devint tout à coup extrêmement abondant; la matité de la région précordiale présentait un diamètre vertical de quatorze centimètres. Les signes généraux, extrêmement prononcés, étaient ceux d'un cardiaque en asystolie : veines jugulaires turgides, cyanose, pouls filiforme, battements du cœur presque imperceptibles.

Une saignée produisit quelque soulagement pendant vingt-quatre heures; mais bientôt les accidents reparurent aussi intenses, sinon même davantage, et M. Rendu crut devoir consulter son collègue, M. Seveste, au sujet de la ponction du péricarde qui lui paraissait à peu près inévitable.

Le 30 octobre, l'épanchement péricardique ayant encore augmenté et la matité précordiale ayant atteint un diamètre vertical de 16 centimètres sur un diamètre transverse de 11 centimètres, M. Rendu se décida à pratiquer cette opération.

Le lieu d'élection de la ponction du péricarde, tel qu'il a été préconisé, se trouve dans le quatrième espace intercostal, au milieu d'une ligne s'étendant du bord gauche du sternum au mamelon, c'est-à-dire dans un point situé à 3 centimètres du sternum, là où il existe un espace libre et où la plèvre n'est pas en contact avec le péricarde. Cette pratique paraissant défectueuse à M. Rendu, en ce qu'elle exige une précision extrême pour ne blesser ni l'artère mammaire, ni la plèvre, ni le cœur, et qu'elle est ainsi un peu une affaire de hasard, il a cru devoir choisir un point situé au-dessous du niveau normal de la pointe du cœur et a ponctionné le péricarde à 5 centimètres au-dessous du mamelon et à 8 centimètres de la ligne sternale dans le sixième espace intercostal. L'écoulement du liquide s'est fait avec la plus grande facilité, comme dans une opération de thoracentèse; 950 centimètres cubes ont été recueillis. Une amélioration considérable s'en est suivie, malgré quelques petits accidents secondaires, tels notamment qu'une

petite toux assez violente aussitôt après l'opération, comme dans la ponction de la plèvre, ainsi que des phénomènes de congestion pulmonaire le lendemain et le surlendemain.

Néanmoins le malade marchait vers la guérison, lorsque, le 15 décembre, il attrapa un nouveau refroidissement qui détermina rapidement une pleurésie du côté gauche. Aujourd'hui les accidents pleurétiques ont disparu, et le jeune garçon ne conserve guère que des phénomènes de symphyse cardiaque; il va et vient assez facilement dans l'hôpital, qu'il n'a pas encore quitté.

M. Laboulbène est d'autant plus heureux du fait rapporté par M. Rendu qu'il a lui-même en ce moment, dans son service de l'hôpital de la Charité, un malade sur lequel il hésite à faire la ponction du péricarde. Il s'agit d'un sujet plus âgé que celui de M. Rendu, atteint à la fois d'un épanchement pleurétique, pour lequel il a pratiqué naguère la thoracentèse, et d'un épanchement péricardique.

Il serait heureux que M. Rendu voulût bien venir voir ce malade et donner son avis sur la nécessité ou non d'intervenir par une ponction du péricarde.

M. Constantin Paul croit devoir critiquer le niveau choisi par M. Rendu pour pratiquer la ponction, et surtout le choix du mamelon comme point de repère, en raison des différences de hauteur qu'il présente selon le sujet. Par contre, dit-il, le squelette de la cage thoracique ne variant pas, guidera beaucoup plus sûrement l'opérateur sur le choix du lieu où la ponction devra être pratiquée.

Tympanisme sous-claviculaire. — M. Grancher répond aux quelques observations qui ont été présentées par M. Féréol sur la question du tympanisme sous-claviculaire qu'il a traitée le mois dernier.

M. Féréol : Nous ne sommes plus loin de nous entendre, M. Grancher et moi, après les éclaircissements qu'il vient de nous donner, et qui font disparaître ce qu'il y avait d'un peu exclusif dans sa première communication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Varèle.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments d'hygiène, par M. Jules Arnould, médecin principal de première classe de l'armée, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille. — Paris, 1881. Librairie J.-B. Baillière et fils.

Voici un livre que nous devions présenter à nos lecteurs dès sa publication, d'abord parce que c'est une œuvre importante, destinée à occuper l'un des premiers rangs dans la littérature médicale de ces derniers mois; ensuite parce que l'auteur est l'un des collaborateurs les plus anciens, les plus sympathiques, les plus justement estimés de ce journal. Des circonstances plus fortes que notre volonté ne nous ont pas permis de remplir en temps opportun la mission agréable dont nous nous étions chargé. Avant d'aborder ce compte rendu tardif, nous adressons donc à nos lecteurs, et à notre excellent confrère M. J. Arnould, l'expression de nos excuses et de nos regrets.

Toute chose a son bon côté, et le retard dont nous nous accusons ne fait nullement exception à cette règle. En effet, depuis qu'il a paru, le livre de M. Arnould a subi, dans hon nombre d'organes de la presse, l'épreuve de la critique, et il en est sorti avec tous les honneurs qu'un auteur, quelque légitime ambition qu'il ait, puisse désirer. Or ce jugement général rend le nôtre plus facile. Quand on a à apprécier l'œuvre d'un ami, et qu'on veut le faire en toute impartialité, la crainte d'obéir à des sentiments intimes et d'être trop bienveillant peut faire tomber dans l'excès contraire et rendre trop sévère. On est rassuré et doublement heureux quand l'appréciation favorable à laquelle on est conduit est sanctionnée d'avance par l'opinion publique.

Les *Nouveaux Eléments d'hygiène* échappent à l'analyse. L'auteur a condensé dans cet ouvrage tant de matériaux qu'il faudrait écrire un volume pour les passer tous en revue et les discuter. Nous devrons nous borner à faire connaître sommairement le plan général qu'il a suivi.

L'esprit qui a présidé à la conception de l'ouvrage ressort de ce passage de la préface de l'auteur :

« Il eût été difficile, dit-il, et à coup sûr dangereux, de vouloir être constamment original; je me suis borné à rester indépendant. Les livres que je ne ferai pas oublier, je n'ai pas cherché à les rappeler, même par la forme; les imiter, ce serait leur faire tort. Il y a un principe au-dessus des traditions, c'est de suivre, dans les productions scientifiques, le mouvement de l'époque. Or, si l'hygiène ne date pas d'aujourd'hui, elle est certainement dans une phase nouvelle d'études et d'applications, dont ce livre devait refléter nettement le caractère, sous peine d'être démodé avant de voir le jour. »

Nous pouvons affirmer que M. J. Arnould est resté fidèle à l'excellent programme qu'il s'est ainsi tracé. Rompant avec les traditions des anciens traités classiques d'hygiène, il s'est surtout attaché à présenter un tableau aussi complet que possible des recherches récentes et des applications qui en ont été faites. Sans opinion préconçue, exempt de tout système, il a puisé indistinctement à toutes les sources, tant en France qu'à l'étranger, traités, mémoires, recueils périodiques, comptes rendus de Sociétés d'hygiène, de congrès nationaux ou internationaux, faisant une judicieuse sélection, s'assimilant les nombreux documents ainsi amassés, rendant à chacun ce qui lui appartient, intervenant par ses études, ses recherches, son expérience personnelles, pour classer tous ces matériaux et en tirer des enseignements, enfin donnant ainsi à l'ensemble de son laborieux travail un cachet d'originalité qui en double le mérite.

M. Arnould établit dans son ouvrage trois grandes divisions ayant pour objet : 1o l'hygiène générale; 2o l'hygiène spéciale ; 3o la législation et la police sanitaires.

L'hygiène générale envisage l'homme, connu anatomiquement et physiologiquement, comme un être abstrait et étudie ses rapports avec les agents des milieux cosmiques qui peuvent influencer sa santé. Ces rapports, nécessaires, communs à tous les hommes et même aux animaux, comprennent : 1o le sol ou support commun ; 2o l'atmosphère, milieu commun dans le sens le plus vulgaire du mot ; 3o les abris (habitations et vêtements, soins corporels); 4o les aliments et les boissons; 5o l'exercice et le repos.

L'hygiène spéciale étudie des rapports particuliers, contingents, des situations que l'homme peut créer et modifier à son gré. Elle établit dans le groupe humain, séparé du reste de la série animale, des subdivisions dans lesquelles les principes connus de l'hygiène générale trouvent des applications toutes particulières. Elle embrasse dans son étude : 1o les groupes anthropologiques ; 2o les groupes ethniques (ethnologie, démographie); 3o le groupe infantile ; 4o le groupe scolaire; 5o le groupe industriel; 6o le groupe militaire ou marin ; 7o le groupe rural ; 8o le groupe urbain ; 9o les malades et les ma-

ladies (hygiène hospitalière, institutions d'assistance, prophylaxie des maladies transmissibles).

La troisième partie, consacrée à la législation et à la police sanitaires, comprend l'exposé de l'organisation de l'hygiène publique dans les divers pays, les lois édictées, les autorités sanitaires, les fonctionnaires de surveillance et d'expertise, les pénalités.

Tel est le vaste cadre de ce livre. Chaque chapitre, chaque article est suivi d'un index bibliographique très complet qui permet de remonter aux sources mêmes où l'auteur a puisé, et qui est des plus précieux pour le lecteur désireux d'entreprendre sur tel ou tel point de nouvelles recherches. Pour donner une idée de la manière large dont l'auteur a traité chacun des sujets qu'il a successivement abordés, nous tracerons un rapide aperçu des principaux chapitres

M. Arnould accorde à l'étude du sol une importance qu'on lui donne rarement dans les traités d'hygiène et qu'il a d'ailleurs peu de peine à justifier. « Le sol, dit-il, reçoit à sa surface ou à des profondeurs variables les cadavres de tout ce qui a eu vie et les excrétions de l'homme et des animaux, masse énorme de matiere organique qui, pour redevenir utilisable, doit être décomposée en ses éléments chimiques à l'aide d'opérations probablement redoutables. Il y a ici une action simultanée et réciproque de l'atmospbère et du sol; si la première fournit les agents de ces décompositions, c'est d'ordinaire dans le second et à sa surface qu'ils accomplissent leur œuvre et se multiplient; puis ils reviennent à l'atmosphère avec les gaz et les particules issus de la désorganisation; le sol rend à l'air plus qu'il n'en a reçu. »

Parmi les longs développements consacrés à cette partie de son livre, l'auteur fait une large part aux recherches de Pettenkofer sur la perméabilité du sol, sur les oscillations de la nappe souterraine et la génération alternante des germes, aux études plus récentes de M. Pasteur sur les rapports du sol avec l'origine du charbon, à celles de Salisbury, Klebs, Tommasi-Crudeli et autres sur la nature végétale du miasme palustre, à la répartition géographique du sol malarial à la surface du globe, plus particulièrement de la France, à l'assainissement du sol, etc.

L'étude de l'atmosphère conduit naturellement M. Arnould à examiner le rôle étiologique des micro-organismes qu'elle renferme. Il apprécie, avec une sage réserve qui n'étonnera personne, les acquisitions et les prétentions de la doctrine parasitaire, dont certains auteurs veulent donner une formule absolue. « Il est tout à fait inutile, dit-il, de formuler dès maintenant une doctrine aussi générale; ce ne serait point, d'ailleurs, conforme aux saines allures adoptées par la science moderne. Il faut chercher des faits précis, les établir avec le caractère de constance et de permanence qui emporte la certitude et ne hasarder les théories qu'autant qu'elles peuvent servir de base à des expérimentations et à des vérifications nouvelles. »

La météorologie, avec toutes les variations de chaud, de froid, de pression, d'humidité ou de sécheresse, etc.; la climatologie, avec l'influence biologique des climats et les ressources thérapeutiques qu'elle offre, terminent le chapitre consacré à l'atmosphère.

Nous entrons, avec le chapitre suivant, dans l'étude des habitations privées ou collectives. Le choix et la préparation du sol, les matériaux de construction, la distribution et l'orientation des pièces, les rapports réciproques des habitations dans un groupe, sont autant de questions d'un haut intérêt et pour l'étude desquelles architectes et médecins ont, dans ces derniers temps, rivalisé de zèle. M. Arnould s'est assimilé les travaux des uns et des autres. On trouvera, dans le chapitre dont il s'agit, tous les renseignements relatifs au système des pavillons isolés de M. Tollet, aux divers procédés de ventilation, d'éclairage, de chauffage, à l'éloignement des immondices, aux approvisionnements d'eau, etc. Nous ne pouvons qu'indiquer ces différents articles où la sagesse des appréciations égale la richesse des faits et des documents. L'étude des vêtements et de la propreté corporelle est comme un corollaire ou un appendice de celle qui précède.

La question des aliments et des boissons est l'une des plus importantes de l'hygiène. Nature et préparation des aliments, leur conservation, dangers de leurs différentes altérations ou falsifications, moyens de reconnaître celles-ci et d'en prévenir les mauvais effets, rôle physiologique de l'eau de boisson et qualités qu'elle doit présenter, valeur alimentaire, préparations, altérations, corrections, dangers de l'abus des boissons alcooliques, etc., etc. : tels sont les points successifs que M. Arnould passe en revue avec un luxe de détails et d'analyses qui ne laisse rien à désirer.

La première partie de l'ouvrage se termine par une étude de l'exercice et du repos où l'auteur expose les notions et les règles les plus saines sur l'éducation physique, si négligée jusqu'à nos jours, mais qui semble devoir entrer dans une nouvelle phase : l'enseignement obligatoire de la gymnastique dans les lycées et collèges, la création, prochaine sans doute, d'écoles normales de gymnastique, enfin les encouragements donnés aux Sociétés de gymnastique permettent de l'espérer.

Les rapports de l'anthropologie avec l'hygiène, par lesquels M. Arnould inaugure la seconde partie de son livre, ne paraissent pas tout d'abord bien étroits, nous parlons de l'anthropologie préhistorique. Cependant elle fournit quelques enseignements qui ne sont pas à dédaigner pour l'hygiéniste qui envisage de haut les relations internationales. Elle montre, par exemple, comme le fait ressortir l'auteur, que les races humaines d'Occident ont passé successivement par les âges de la pierre, du bronze, du fer, pour arriver au degré de civilisation où nous les voyons aujourd'hui, et permet de penser que les races indigènes de l'Afrique et de l'Océanie, encore au premier degré de cette échelle progressive, comme notre ancêtre, l'homme quaternaire, sont susceptibles d'en gravir successivement les divers échelons. Si ces races tendent à disparaître au contact des Européens, c'est qu'elles ne peuvent lutter à armes égales avec ces derniers. Mais qu'on les aborde et qu'on les traite en amies, et l'on pourra espérer d'assister à leur développement physique, intellectuel et moral.

L'ethnologie a des rapports plus immédiats avec l'hygiène. Elle éclaire certaines aptitudes ou au contraire certaines immunités pathologiques, certains caractères physiologiques ou psychologiques, elle domine souvent la question d'acclimatement. M. Arnould, s'inspirant surtout des travaux de M. Gustave Lagneau, a borné à la France son excursion dans le domaine de l'ethnologie. Quelques notions un peu plus étendues de géographie médicale n'eussent peut-être pas nui à cette partie de son travail. La démographie fournit à l'hygiène de précieux enseignements : l'auteur n'a pas manqué de les enregistrer.

Nous ne faisons que mentionner les chapitres relatifs au groupe infantile et au groupe scolaire, dans lesquels M. Arnould a fait largement son profit des lois, des congrès, des expositions, des mémoires, des discussions au sein des Sociétés de médecine publique, dont l'hygiène de l'enfance et l'hygiène scolaire ont été l'objet dans ces dernières années.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'hygiène industrielle. Il y aurait eu avantage, croyons-nous, à en étendre le cadre et à y faire entrer l'hygiène professionnelle, dont l'hygiène industrielle n'est qu'une grande division. Par exemple, l'hygiène des professions libérales peut offrir quelque intérêt à côté de celle de certaines industries. Quoi qu'il en soit, et même en se hornant à l'hygiène industrielle, M. Arnould a rencontré une première difficulté dans l'étendue même du sujet. Il l'a tournée habilement en étudiant d'une manière générale les influences industrielles et la prophylaxie qu'elles réclament, et en présentant, sous forme de tableaux, les principales relations étiologiques observées dans les différentes industries. Il n'a fait exception que pour deux industries auxquelles, en raison de l'importance qu'elles présentent, il a consacré deux articles spéciaux : l'industrie des mineurs et celle des ouvriers du plomb.

Obligé de nous limiter, nous nous bornerons à mentionner les chapitres suivants : hygiène militaire, hygiène et assainissement des villes, hygiène des campagnes, hygiène hospitalière, prophylaxie des maladies transmissibles, hygiène internationale (l'auteur admet le système quarantenaire), prophylaxie des maladies transmissibles des animaux à l'homme, assainissement de la mort (M. Arnould est partisan des dépôts mortuaires et de la crémation, à la condition d'appliquer ces systèmes dans des conditions qui ne portent aucune atteinte aux sentiments naturels des familles).

Dans la dernière partie de son livre, l'auteur étudie la législation et l'organisation sanitaires dans divers pays. En ce qui concerne la France, il signale, comme nous l'avons fait nous-même maintes fois, les mauvais effets de l'éparpillement de nos institutions d'hygiène et la nécessité de les réunir en une unité gouvernementale, sinon sous un ministère spécial, du moins sous une *Direction de la santé publique* autonome et indépendante des fluctuations de la politique. Nous croyons pouvoir dire que cette question gagne chaque jour du terrain, et que le temps n'est peut-être pas très éloigné où satisfaction sera ainsi donnée à ceux qui ont proposé et défendu une réforme si utile à l'intérêt public.

Pour résumer, en terminant, notre opinion sur le livre de M. Arnould, nous dirons qu'en présence des matériaux innombrables qu'il y a réunis, de la méthode vraiment scientifique qu'il a constamment suivie, de l'élégance et du charme de son style, on ne peut qu'admirer son courage d'avoir entrepris une œuvre si considérable, le féliciter de l'avoir si heureusement menée à bonne fin, le remercier, au nom de tous les hygiénistes, médecins, architectes, ingénieurs, industriels, etc., qui trouveront les uns et les autres, dans la lecture de cet ouvrage, plaisir et profit.

Dr F. de Ranse.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Considérations sur quelques formes de la dyspepsie. I. — Plus j'étudie la dyspepsie et plus je trouve fréquente la dilatation d'estomac. Je la cherche chez tout sujet qui digère mal, et presque toujours je la découvre avec son signe habituel, le *clapotage*, indice de l'affaiblissement de la sensibilité gastrique et de la paralysie de la tunique musculeuse.

Cette dilatation a des degrés variés : tantôt elle est légère et immédiatement dépendante de la gastrite, alors on peut la guérir; tantôt elle est au-dessus de toute mesure et sans proportion avec le degré de la phlegmasie, et, dans ce cas, formant une lésion propre, elle ne guérit guère ou ne guérit point. L'amélioration obtenue par l'irrigation de l'estomac est passagère en effet, et si l'on suspend les lavages, les désordres de la digestion apparaissent de nouveau.

La première espèce de dilatation, considérée dans son moindre degré, guérit bien, sans lavage, par l'emploi d'un régime approprié, l'éloignement des causes qui entretiennent la gastrite et l'usage des eaux minérales naturelles bicarbonatées sodiques bues à leur source. A un degré plus marqué de dilatation, il est bon de joindre au traitement de la gastrite le nettoiement de l'organe et l'excitation de ses forces sensitives et musculaires, au moyen de la sonde gastrique à double courant.

Cette excitation, que provoque le jet d'eau formé par ma sonde, mérite une attention principale, car, dans plusieurs cas où l'estomac était sensiblement propre et où le lavage était inutile, j'ai vu l'application de la sonde gastrique à double courant produire un accroissement de l'appétit et des forces comparable à celui qu'on obtient au moyen des affusions et des douches d'eau froide.

La gastrite, habituellement lente et chronique, qui cause la dilatation d'estomac, est souvent avec une nuance d'irritation et de fièvre. Il y existe un sentiment de chaleur localisée à la région de l'épigastre, de la soif, une peau chaude et aride. Les tempérants rafraîchissants conviennent bien à ces cas ; mais s'il y a conjointement une anémie dominante, l'indication est moins simple et la dyspepsie appelle les martiaux.

II. — A mon sens, il n'y a que deux espèces de compositions martiales positivement utiles : *la limaille de fer porphyrisée* qui subit un certain degré d'oxydation dans les pilules qu'on en forme et les *eaux minérales naturelles bicarbonatées, ferrugineuses*, parmi lesquelles se distinguent, entre toutes, les eaux d'Orezza. Dans ce dernier remède, nous trouvons, il est vrai, quelque chose de plus que dans la limaille de fer porphyrisée, c'est l'action de l'eau gazeuse, de l'eau chargée de quelques principes salins et d'acide carbonique ; mais j'observe que cette action est en harmonie avec celle du fer : toutes les deux sont stomachiques ; seulement l'eau d'Orezza sera plus stomachique que le fer avec une nuance d'action tempérante et rafraîchissante qu'il ne faut point négliger dans l'effet total, considéré par rapport aux affections irritatives de l'estomac.

J'insiste sur cette action tempérante et rafraîchissante des eaux d'Orezza qui permet d'appliquer les martiaux à la cure des états anémiques devenus essentiels, qui sont compliqués par de l'inflammation gastrique et un état fébrile léger.

Telle est la nature de l'action médicinale des eaux d'Orezza, nature complexe qui range ce remède parmi les tempérants et parmi les excitants tout ensemble : les tempérants étant des agents qui ralentissent la circulation du sang, qui la régularisent, qui la maintiennent dans un degré modéré ; et les excitants, de ces moyens qui excitent, surexcitent et soutiennent l'action d'un organe ou l'action du système entier.

On voit tout de suite les applications nouvelles que je fais des eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses à la curation de la dyspepsie, et comment je les applique à certains états anémiques causés par la lésion des fonctions digestives, mais devenus essentiels : ce sont les *anémies stomacales* qu'on peut supprimer

sans doute, en guérissant la dyspepsie, lorsqu'elles sont purement symptomatiques, mais qu'il faut attaquer directement avec des compositions martiales appropriées, lorsque certaines circonstances accidentelles ou de tempérament les ont rendues indépendantes.

Si vous considérez maintenant, dans l'eau d'Orezza, le principe ferrugineux, abstraction faite de l'eau et des gaz, vous y trouverez en dissolution *cent vingt-huit milligrammes de carbonate de fer*, proportion qui suffit à placer cette eau naturelle au premier rang des ferrugineuses, et qui explique les effets excitants, toniques, stomachiques et hématosiques qu'elle provoque lorsqu'elle est donnée à propos.

Tous les médecins connaissent l'action des martiaux et leur application à la cure des *anémies*. Je n'ai pas à rappeler les travaux entrepris dans ces derniers temps sur le sang des personnes soumises à l'action du fer. Ces recherches ont conduit à des découvertes que je crois fort intéressantes, mais qui sont assez inutiles à la médecine pratique, où doit suffire l'aphorisme de P.-J. Barthez : « Les martiaux engendrent une pléthore relative en régénérant la partie rouge du sang. »

Et, en effet, sous l'influence des compositions martiales, limaille de fer porphyrisée, eau d'Orezza, par exemple, la quantité de matière colorante assimilée dans les hématies s'accroît : chaque globule rouge contient une quantité plus forte de fer. C'est un fait démontré à nouveau par les observations des micrographes ; et cette accumulation du fer dans les hématies a l'influence la plus étendue.

En traversant les poumons, les globules rouges, surchargés de fer, fixent une quantité plus élevée d'oxygène.

Le sang artériel, très oxygéné, surexcite l'activité nutritive altérante dans toutes les parties de l'organisme.

La coagulabilité des humeurs augmente ; le sang, hors des vaisseaux, se coagule plus promptement et forme un caillot plus volumineux, plus lourd et plus résistant.

Enfin cette surexcitation de l'activité nutritive altérante, que produit le fer accumulé dans les hématies, est favorisée et complétée par l'excitation qu'introduit, dans les fonctions digestives, le principe ferrugineux en agissant directement sur la muqueuse de l'estomac et des intestins.

Cette action excitante varie sans doute d'intensité avec les doses ; mais, d'une façon générale, on peut dire qu'elle est plus forte, plus voisine de l'irritation, avec la limaille de fer porphyrisée, plus douce, plus stomachique et sans irritation sensible avec les eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses, dont le type est l'eau d'Orezza.

III. Mais revenons au lavage de l'estomac. Ce lavage n'a pas seulement pour but de vider le contenu de la cavité gastrique ; avant tout, il me semble destiné à mettre la muqueuse en état de recevoir l'impression des aliments ; et c'est dans cette vue que j'ai formulé de la façon suivante le régime qui convient au nettoiement de l'estomac par le lavage :

Dans les états morbides qui nécessitent le lavage de l'estomac, on ne doit donner la nourriture qu'après nettoiement complet de l'organe : cette règle ne souffre aucune exception. Ainsi, l'opération terminée et après quelques instants de repos, le malade prendra son repas.

A une époque plus avancée du traitement, le malade digérant mieux et l'estomac se nettoyant lui-même en partie, un seul lavage suffit à deux ou plusieurs repas.

Lorsque le patient, quoique non guéri encore, est revenu au genre de vie ordinaire, il peut lui être déplaisant de passer immédiatement de l'irrigation à la table : je donne alors, aussitôt après le lavage, une tasse de lait ou de bouillon, un œuf à la coque en attendant le déjeuner.

L'alimentation sera éminemment réparatrice, et les aliments de petit volume. Ici conviennent admirablement l'eau albumineuse aromatisée, la purée de bœuf et autres préparations culinaires de même genre, surtout dans la première période du traitement.

Les aliments contiendront le plus possible de matières chymifiables, et le moins possible de sucre, de fécule et de corps gras, qui, n'étant digérés que dans l'intestin, ne sont pour l'estomac affecté que des substances inertes, entravant son action et le surchargeant inutilement. La diète animale sera donc le genre d'alimentation le plus convenable aux malades soumis à l'irrigation de l'estomac.

On ne permettra d'abord que peu de vin, et l'on en augmentera la quantité en revenant progressivement à l'alimentation ordinaire, à mesure que disparaîtront les troubles digestifs et l'inanition.

Ne négligez pas l'usage des fruits de la saison et des raisins parfaitement mûrs : ils corrigent ce qu'il y a de trop échauffant dans la diète animale.

Et par rapport à l'emploi des eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses, telles que l'eau d'Orezza, faites-les prendre fraîches et pures pendant le repas.

V. Audhoui.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Faculté de médecine de Paris. — La liste de présentation pour la chaire d'anatomie pathologique déclarée vacante a été dressée dans les conditions suivantes pour la dernière assemblée des professeurs. Le nombre des votants était de 30. Ont obtenu :

Pour le premier rang, M. Cornil, 16 voix ; M. Hayem, 14.

Pour le deuxième rang, M. Lancereaux, 16 voix; M. Grancher, 13, et M. Hayem, 1.

Pour le troisième rang, M. Grancher, 30 voix.

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 20 mars 1882.

Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique (ancien collège Rollin), tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année; ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

***

Cours complémentaire de pathologie interne. — M. le docteur Monod ouvrira ce cours le mardi 21 mars et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure. M. Monod traitera des *affections chirurgicales de la face, de la bouche et du cou*.

***

M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin le mardi 14 mars 1882, à neuf heures et demie, et les continuera les mardis suivants à la même heure. Visite à huit heures et demie.

***

Crémation des cadavres des hôpitaux. — Le conseil municipal de Paris a, dans l'une de ses dernières séances, renouvelé, sur le rapport de M. le docteur Bourneville, le vœu formulé précédemment pour la crémation des débris des cadavres qui ont servi aux études anatomiques de l'Ecole pratique et de l'amphithéâtre de Clamart.

D'après le rapport de notre confrère, le nombre de ces cadavres s'est élevé pour :

	Clamart.	Ecole pratique.		
1878 à	1.692	1.038	soit	2.730
1879 à	1.949	1.799	—	3.748
1880 à	2.136	1.530	—	3.666

En trois ans, ces deux établissements ont donc reçu 10,144 corps, dont la crémation eût été un premier pas dans la voie d'une mesure qu'il serait vivement à désirer de voir adopter tout au moins facultativement.

***

LA CRÉMATION EN BELGIQUE.—Le mouvement *crémationniste* s'accentue tous les jours. C'est un feu qui gagne de proche en proche.

Voici que la Belgique commence d'en laisser échapper quelques étincelles. Une association vient de s'y former dans le but de vulgariser, ou mieux de rendre populaire parmi les Belges l'idée, en attendant la pratique, de la crémation. La première séance a eu lieu lundi dernier, à Bruxelles, dans la salle académique de l'université.

Le professeur Crocq, sénateur du royaume, présidait; après avoir fait l'historique de l'incinération des morts, il a prouvé que la religion ne s'oppose nullement à la crémation. Le professeur Dewelde a pris ensuite la parole pour demander une modification dans la loi belge, laquelle n'autorise pas la destruction ignée des cadavres.

Puis le docteur Charbonnier a traité la question au point de vue hygiénique, et enfin M. de Rothmoler a émis le vœu que l'incinération fût *obligatoire pour les personnes mortes de maladies infectieuses, mais facultative pour les autres.*

« Tous ces discours ont été fortement applaudis, ajoute la PRESSE MÉDICALE BELGE, et presque toutes les personnes présentes se sont fait inscrire comme membres de la Société. »

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 16 FÉVRIER AU JEUDI 23 FÉVRIER 1882.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 11. — Rougeole 23. — Scarlatine 3. — Coqueluche 5. — Dipthéric, croup 64. — Dysenterie 1. — Erysipèle 15. — Méningite (tubercul. et aiguë) 76. — Infections puerpérales 13. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 216. — Autres tuberculoses 14.—Autres affections générales 81 — Malformation et débilité des âges extrêmes 67. — Bronchite aiguë 59. — Pneumonie 126. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46. — au sein et mixte 28. — Inconnu 16. —Maladies de l'appareil cérébro-spinal 153. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 138. —de l'appareil digestif 38. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 4. — Causes non définies 0. — Morts violentes 46. — Causes non classées 8. — Total de la semaine: 1,337 décès.

AVIS

MM. les Actionnaires de la GAZETTE MÉDICALE *sont informés que l'assemblée générale se réunira au siège social, 4, place Saint-Michel, le samedi 25 mars, à quatre heures et demie. Suivant l'article 31 des statuts, le présent avis tient lieu de convocation régulière.*

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 11 18 MARS 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 16 mars 1882.

Académie des sciences : ACTION DU PERMANGANATE DE POTASSE SUR LES VENINS, LES VIRUS ET LES MALADIES ZYMOTIQUES. — *Académie de médecine* : VARIÉTÉS DE PARALYSIE RADIALE PAR COMPRESSION. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME.

La note de M. de Quatrefages, dont nous avons parlé dans l'avant-dernier numéro, sur le permanganate de potasse considéré comme antidote du venin des serpents, a provoqué une communication de M. Vulpian sur le même sujet, non pour infirmer, mais pour restreindre dans d'assez étroites limites les applications des recherches de M. de Lacerda.

Le permanganate de potasse est instable et se décompose, presque aussitôt après qu'il a été injecté dans les tissus, en formant un dépôt brunâtre, grenu d'hydrate de peroxyde de manganèse. Si la morsure du serpent est tout à fait récente et que le venin n'ait pas diffusé au loin, le permanganate pourra l'atteindre avant sa propre décomposition et détruire son action toxique. Si la morsure date de quelques heures et que la diffusion du venin se soit considérablement étendue, le permanganate ne saurait l'atteindre avant d'être décomposé lui-même. Enfin, dans le cas où, comme le suppose M. de Lacerda, une veine aurait servi de porte d'entrée au venin, une injection intra-veineuse de permanganate de potasse serait impuissante à en prévenir les effets, d'ailleurs très prompts à se manifester, parce que, outre sa rapide décomposition, le permanganate, à dose efficace, serait lui-même toxique, et, à dose suffisamment diluée, serait inerte.

La conclusion est que le permanganate de potasse ne peut être utile que dans les cas de morsures très récentes.

D'après une brochure italienne présentée à l'Académie de médecine par M. Bouley, le permanganate de potasse ne se comporterait pas non plus de la même manière en présence du venin de différents serpents. Ainsi, tandis que les faits que nous venons de rappeler démontrent son action sur le venin du bothrops du Brésil, il serait sans influence sur le venin de la vipère. Or, c'est là le point qui nous touche le plus, nous Européens. Il est à désirer que des expériences soient entreprises en France sur ce sujet.

Quant à l'action du permanganate de potasse dans le traitement des maladies zymotiques, M. Vulpian dit, en terminant sa communication, que l'expérimentation sur les animaux conduit à en déconseiller absolument l'essai.

Nous ferons remarquer que, dans ce qui précède, il y a deux points à considérer : d'abord la méthode qui consiste, par des injections sous-cutanées ou intra-veineuses, à poursuivre, à atteindre, à détruire sur place la substance venimeuse, virulente, septique ou toxique introduite dans l'économie ; en second lieu, l'agent à employer, agent qui peut, qui doit même varier suivant les cas, ici permanganate de potasse, là teinture d'iode, ailleurs solutions phéniquées, etc. On voit quel vaste champ expérimental est ouvert à la commission instituée par l'Académie des sciences comme à tous ceux qui s'intéressent à des questions d'une si haute importance.

— M. Panas est revenu sur la paralysie par compression du nerf radial. Il distingue trois variétés, ou plutôt trois degrés de cette paralysie. Le premier de ces degrés constitue la partie originale de sa courte communication. Dans les cas dont

FEUILLETON

IV. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

L'hôpital de Tung-wah, à Hongkong. — Les salles et les médecins chinois. — La pharmacie. — Le pavillon de consultation. — Le conseil administratif.

Le premier contact que j'aie eu avec la médecine chinoise fut à Hongkong, à l'hôpital de *Tung-wah*, construit par les Anglais en 1870.

Les Chinois n'ont pas à proprement parler d'hôpitaux. Ils n'aiment pas à être malades hors de chez eux ; et cependant ils n'aiment pas à voir mourir dans leur propre maison. Les Anglais avaient trouvé installées à Hongkong des *dying-houses*, littéralement *maisons de mourants*, où l'on portait les agonisants. On ne leur y fournissait que de l'eau.

L'hôpital de *Tung-wah*, construit exclusivement pour les indigènes, porte sur une plaque commémorative le nom du gouverneur sous l'administration duquel il a été édifié : *Foundation by sir Richard Macdonald*, 1870. Le gouvernement anglais avait accordé 30,000 livres st. ; des souscriptions particulières, parmi les Anglais et les Chinois, et un impôt prélevé sur les *gambling houses* (maisons de jeu), avaient fourni le reste

C'est un édifice très simple, dépourvu de toute ornementation, en granit clair, qui, au bout d'une avenue maigrement plantée, s'ouvrant sur la rue par une grille en fer, se présente par le pignon. Il y a deux étages, partagés au milieu par le vestibule et l'escalier, contenant trois salles de chaque côté, celles du rez-de-chaussée et du premier étage pour les hommes, le second étage pour les femmes.

Ces salles, d'une grande élévation, sont coupées en deux dans leur longueur par une cloison médiane, de chaque côté de laquelle

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, et du 4 février.

il s'agit, la compression a été très légère et la paralysie ne débute que plusieurs heures, quelquefois vingt-quatre heures après le moment où cette compression a eu lieu. Si, dans l'intervalle, le malade s'est exposé à un refroidissement, c'est à cette dernière cause qu'on sera naturellement porté à attribuer la paralysie. A ce premier degré, la contractilité musculaire est conservée et le pronostic est toujours favorable.

— En renouvelant et en accentuant même davantage l'aphorisme de Sédillot, d'après lequel le chloroforme ne tue pas quand il est bien administré, M. Gosselin n'a fait que soulever des protestations; partout il rencontre des adversaires. Le jour même où le savant professeur formulait sa proposition à la tribune de l'Académie, un de ses collègues, M. Trélat, perdait un malade à la suite de l'anesthésie chloroformique. On comprend sans peine que le chirurgien de Necker n'ait pas accepté pour lui la sorte de verdict que comprend implicitement l'aphorisme rappelé plus haut. Il a fait ressortir, du reste, avec une véritable éloquence les services que rend le chloroforme à côté des dangers qu'il présente, et la nécessité d'en conserver l'usage, que la doctrine professée par M. Gosselin tendrait à restreindre en inspirant aux jeunes chirurgiens des appréhensions légitimes pour leur propre responsabilité.

M. Le Fort, qui compte aussi dans sa pratique hospitalière un cas de mort par le chloroforme, s'est élevé contre la théorie de M. Gosselin. Sous une autre forme, il a développé à peu près les mêmes arguments que ses prédécesseurs à la tribune.

Ce qui frappe dans ces différentes argumentations, c'est le défaut de notions précises sur la manière dont la mort arrive dans l'anesthésie chloroformique. Syncope, apnée, asphyxie, intoxication, etc. : toutes les causes immédiates, tous les mécanismes ont été invoqués, et malgré les recherches dont elle a été l'objet, cette question complexe reste encore à l'étude. Nous croyons, avec M. Trélat, que sur ce point la physiologie expérimentale est appelée à rendre de grands services à la chirurgie.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA BRONCHITE SEPTIQUE

Leçons de M. le professeur GERMAIN SÉE à l'Hôtel-Dieu, recueillies par le docteur CH. TALAMON, chef de clinique, et revues par le professeur.

I. — Bronchites fétides : Lasègue, Trousseau, Laycook. — Gangrène des extrémités bronchiques : Briquet. — Bronchites putrides : Dittrich, Traube. — Gravité de la bronchite putride. — II. Observation de bronchite septique suivie de mort par auto-infection. — III. Diagnostic de cette forme de bronchite ; gangrène de la tuberculose ; vomique pleurale ; gangrène pulmonaire parenchymateuse. — IV. Description des crachats : constitution chimique, constitution microscopique. — V. Cause de la mort dans la bronchite septique ; infection de l'organisme par les produits de la fermentation putride développée dans les bronches (ptomaïnes bronchiques). — VI. Le traitement de Skoda par les vapeurs térébenthinées ne réussit que dans les cas de bronchite fétide.

I

Messieurs,

L'idée qu'on se fait en général en France de la bronchite fétide est celle d'une affection relativement bénigne et curable. C'est l'idée que vous trouverez développée dans les cliniques de Trousseau et qui a servi de base à l'intéressant mémoire publié par M. Lasègue dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (1). Dans les faits que visent ces auteurs, il s'agit d'individus atteints d'un catarrhe chronique des bronches qui, à certains moments et sous l'influence de causes diverses, présente des poussées aiguës d'intensité variable. Cette recrudescence des phénomènes bronchiques s'accompagne d'une expectoration remarquable par son abondance et par son odeur. D'abord simplement désagréable, cette odeur peut devenir horriblement fétide, et les crachats offrent alors tous les caractères des crachats de la gangrène pulmonaire. En même temps, les forces du malade diminuent, la santé générale s'altère. Et cet état persiste pendant des mois, des années, avec des intermissions plus ou moins longues, pendant lesquelles l'odeur fétide disparaît.

Dans les cas de ce genre, il n'y a pas de gangrène : c'est là un point sur lequel insiste M. Lasègue ; les sécrétions bron-

(1) Lasègue, *Des gangrènes curables du poumon*, ARCH. DE MÉD., 1857.

---

douze cellules, également séparées par des cloisons, s'ouvrent vis-à-vis des fenêtres, larges et hautes. Toutes ces séparations n'ont que 2 m. 30 c. de hauteur, ce qui permet à l'air de circuler librement dans toute la salle. Le mobilier de chaque cellule se compose d'un lit assez large pour pouvoir s'y étendre en tous sens, lequel n'est qu'une planche recouverte d'une natte, et d'une petite table portant un pot de tisane.

L'établissement peut recevoir 150 malades. Il ne s'y trouvait alors que cinquante hommes et quinze femmes. On n'y rencontre guère de maladies aiguës. Tous ces malades paraissaient être des cachectiques. La plupart étaient recroquevillés sur leur lit, dans les positions les plus compliquées, couverts de leurs vêtements et enveloppés de quelques couvertures. Presque tous étaient âgés, décharnés, l'air hébété, souvent empreint de souffrance ; c'étaient des paralysies, des phthisies, des diarrhées chroniques. J'ai été frappé de l'extrême propreté, de la parfaite aération, de l'absence de toute odeur. Le sol est fait d'un dallage grossier, mais soigneusement lavé.

L'hôpital de *Tung-wah* est placé sous la haute surveillance du médecin de la colonie, le docteur Ayres, qui m'a mis, avec une parfaite obligeance, au courant de tout ce qui concerne cette intéressante institution. Son rôle se borne à une visite hebdomadaire d'un caractère assez spéculatif. Il n'a à se mêler en rien au traitement des malades.

Le service médical proprement dit se compose d'un médecin directeur qui réside à l'hôpital et de médecins par quartier, dix, je crois. Le médecin directeur, qui m'a montré avec beaucoup d'empressement tous les détails de son établissement, était un homme d'une cinquantaine d'années, à moustache grisonnante, d'une physionomie agréable et d'un type peu accentué, l'air poli, aisé, comme l'ont en général les Chinois d'une certaine éducation, et quelque chose de modeste et de réservé contrastant avec le hauteur dédaigneuse que ses compatriotes affectent habituellement vis-à-vis des étrangers. Il m'a conduit partout avec beaucoup de complaisance ; mais, comme il savait à peine prononcer quelques mots d'anglais, je n'ai pu en obtenir beaucoup de renseignements. Il ne me désignait les malades que par des appellations symptomatiques, toux, faiblesse, diarrhée. Cependant, près de l'un d'eux affecté d'un œdème dur des extrémités inférieures, il m'a montré son cœur.

chiques sont seules altérées ; il n'existe ni sphacèle des parois bronchiques, ni sphacèle du parenchyme pulmonaire. Laycock, qui a observé des faits analogues (1), sépare aussi nettement la bronchite fétide de la gangrène pulmonaire. D'après l'auteur anglais, l'odeur des crachats ne serait pas celle de la gangrène ; elle rappellerait plutôt l'odeur stercorale et celle de l'acide butyrique. Laycock a d'ailleurs constaté chimiquement la présence de cet acide dans les crachats.

Mais si cette forme de bronchite se différencie nettement de la gangrène vraie du poumon, il ne faudrait pas croire pour cela à sa constante bénignité. Les deux observations publiées par M. Briquet en 1841 montrent déjà la gravité particulière de l'affection dans certains cas (2) ; les deux malades, en effet, ont succombé, et à l'autopsie, on constata une dilatation en ampoules des extrémités bronchiques, formant à la surface du poumon des cavités remplies d'un liquide grisâtre très fétide ; ces cavités étaient tapissées par la muqueuse ramollie, s'enlevant par le grattage et exhalant une odeur infecte de gangrène.

C'est en Allemagne, dans les deux mémoires remarquables à juste titre de Dittrich et de Traube, que vous trouverez étudiée avec le plus de soin la forme grave de la bronchite putride. Traube insiste surtout sur le rôle de la fermentation putride intra-bronchique dans le développement de la gangrène du parenchyme, et il rapporte, à l'appui de sa thèse, onze observations avec autopsies. C'est aussi là un des points mis en évidence dans le travail de Dittrich. Mais Dittrich décrit en outre une variété de bronchite putride amenant la mort par elle-même, sans lésion gangréneuse du poumon. Des individus, atteints de catarrhe bronchique depuis un temps variable, sont pris de symptômes rapidement alarmants ; l'expectoration est abondante, incessante ; les crachats ne tardent pas à exhaler une odeur putride ; la dyspnée devient extrême ; la fièvre s'allume, les forces se prostrent, le facies se grippe, et les malades meurent dans le collapsus et l'adynamie. On trouve à l'autopsie les bronches dilatées et enflammées ; les bronchioles périphériques sont obstruées par de petits bouchons d'une odeur repoussante. Le parenchyme pulmonaire peut être semé de noyaux de gangrène ; dans d'autres cas, il est simplement le siége d'une congestion œdémateuse très marquée.

Vous avez pu suivre dans nos salles une malade dont l'observation répond, pour ainsi dire, trait pour trait, à la description tracée par Dittrich. Voici cette observation telle qu'elle a été recueillie par mon chef de clinique. Les faits de ce genre sont assez rares pour mériter d'être relevés dans tous leurs détails.

II

Obs. — Bronchite septique, expectoration abondante et d'odeur gangréneuse. — Fièvre septique, collapsus rapide, hydropisie, mort par auto-infection. — Pas de gangrène pulmonaire. Produits putrides remplissant les bronches enflammées, œdème du poumon, rate grosse et ramollie.

S... (Marie), âgée de trente-trois ans, sans profession, entrée, le 13 janvier 1882, salle Sainte-Jeanne. Cette femme, vivant d'une vie régulière, n'a jamais fait de maladie sérieuse. Elle a eu quatre enfants. Il y a six ans, à la suite de son troisième accouchement, elle a commencé à tousser. Depuis cette époque, elle a été soignée pour une bronchite chronique. Jamais d'hémoptysie, pas d'amaigrissement ni de perte des forces.

Au mois d'août 1881, au huitième mois de sa quatrième grossesse, recrudescence de la bronchite ; oppression plus marquée, toux plus fréquente.

Le 26 septembre, accouchement normal. Pas de suites de couche fâcheuses. Mais l'oppression et la toux sont devenues de plus en plus fatigantes.

Il y a un mois, vers le 15 décembre, la malade a eu un fort point de côté à gauche. Le médecin a fait appliquer deux vésicatoires. A dater de ce jour, l'expectoration est devenue extrêmement abondante, formée de crachats épais, jaunâtres. Au bout d'une semaine, cette expectoration est devenue sanguinolente; crachats couleur chocolat mélangés à des crachats verdâtres. Depuis six à sept jours, les crachats sanglants ont cessé.

En même temps que l'abondance des crachats augmentait, la dyspnée s'aggravait : œdème des jambes et des mains depuis une quinzaine de jours. La fièvre est très vive, surtout le soir, depuis un mois.

État actuel. — On est saisi, en approchant du lit de la malade, de l'odeur fétide qui s'en exhale. C'est une odeur d'abcès fécal, de dents cariées, une odeur stercorale plutôt qu'une odeur de vraie gangrène. La malade ne peut fournir aucun renseignement sur le moment où est survenue cette fétidité des crachats. Elle prétend ne s'en être pas aperçue. Expectoration abondante,

(1) Laycock, *On fetid bronchitis*, Med. Times and Gaz., 1857.
(2) Briquet, Arch. gén. de médecine, 1841.

L'année précédente, 900 malades avaient été admis à l'hôpital de *Tung-wah, in doors*. La mortalité y est en moyenne de 50 pour 100.

Les annexes de l'établissement n'en sont pas la partie la moins curieuse.

La pharmacie, d'une apparence fort semblable aux nôtres, paraissait fort bien tenue. Une multitude de pots en faïence, à forme pansue, des bocaux de verre, renfermaient des graisses ou des feuilles desséchées, des bois, des graines, des racines ou des pilules Les décoctions et les pilules sont à peu près les seules formes médicamenteuses usitées. Les décoctions sont très composées ; on procédait alors aux mélanges prescrits dans la visite du matin. Le pharmacien, personnage de physionomie respectable et quatre jeunes aides, m'ont reçu avec beaucoup de politesse.

A côté, le laboratoire, d'un aspect assez fantastique. Une longue salle voûtée, éclairée par des fenêtres à deux mètres de hauteur. Au-dessous se trouvent rangés, sur deux files superposées, 150 fourneaux de terre (nombre correspondant à celui des lits), tous semblables à ceux dont se servent nos repasseuses. Sur chaque fourneau, une sorte de théière, d'une faïence noirâtre et grossière, à forme très renflée, munie de deux goulots, et surmontée d'une plaque en métal, mobile, portant l'indication d'un lit correspondant. C'est là que s'apprêtent les décoctions journalières. Une cinquantaine de fourneaux étaient allumés, et leurs flammes, alignées, bleuâtres et dansantes, donnaient à cette grande salle, déserte et un peu sombre, l'apparence la plus singulière.

Auprès de ce laboratoire, une cour où, le long d'un mur, courait une sorte d'auge, à deux étages, partagée en 150 compartiments de 20 centimètres de largeur. Lorsqu'une décoction est achevée et le liquide décanté, le résidu est versé dans chacun de ces compartiments, munis de la plaque indicative d'un malade, et l'exactitude de la préparation peut être ainsi contrôlée.

Dans une autre cour voisine se fabriquaient et s'alignaient des cercueils, beaucoup mieux confectionnés que ceux de nos hôpitaux.

Vis-à-vis l'entrée de l'hôpital, de l'autre côté de la rue, au milieu d'un petit jardin peu soigné, s'élevait un pavillon élégant, sans étage, formant une salle assez étendue, garnie de tables, de bancs, de bureaux élevés, en bois noir, le tout très propre et très soigné, ayant l'aspect d'une salle d'étude. C'est la salle de

remplissant un crachoir en deux ou trois heures, verdâtre, horriblement fétide. — Toux continuelle, incessante, facile d'ailleurs. — Orthopnée, respiration haletante, voix entrecoupée.

Faciès livide, grisâtre, plombé; lèvres cyanosées; joues plaquées de violet.

Œdème des jambes jusqu'à mi-cuisse, et des mains, qui sont légèrement bleuâtres.

Sonorité du thorax normale. Râles ronflants généralisés remplissant la poitrine. Vers la ligne axillaire gauche, souffle bronchique peu marqué, disparaissant par moments. Râles crépitants humides ou sous-crépitants fins, en arrière dans la moitié inférieure du poumon droit, et en avant sous la clavicule droite. Râles muqueux mélangés aux râles ronflants à gauche. Pas de signes plus marqués vers les sommets. Pouls faible; rien au cœur. Urines foncées, pas d'albumine. — T. M. 38. T. soir 39,4.

Examen microscopique des crachats. — Les crachats, mis dans un verre à pied, se divisent, au bout de quatre à cinq heures, en trois couches :

Une couche supérieure, la plus épaisse, formée d'un magma verdâtre, purulent;

Une couche moyenne, composée d'un liquide salivaire, incolore et trouble;

Une couche inférieure, la plus étroite, formée d'un magma assez dense de couleur blanchâtre, crayeuse.

Examinée au microscope, la couche supérieure contient :

1o Des globules granuleux de 8 à 12 et 15 millièmes de millimètre de diamètre, les uns remplis de petites granulations opaques ou brillantes, les autres présentant en outre des vacuoles plus ou moins grandes. Ces globules forment pour ainsi dire le fond de la préparation;

2o Des cellules épithéliales pavimenteuses provenant de l'épithélium buccal; ces cellules contiennent dans leur protoplasma un grand nombre de granulations et de bâtonnets;

3o Des cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles, beaucoup plus rares que les pavimenteuses;

4o De nombreuses granulations et gouttes de graisse;

5o Des bactéries courtes de 2 à 4 millièmes de millimètre de long, et des vibrions mobiles, pirouettant ou traversant tout le champ du microscope avec rapidité;

6o D'énormes plaques granuleuses de 60 à 80 millièmes de millimètre et plus de diamètre, véritable zoogloea, formées de grains et de bâtonnets courts tassés les uns contre les autres et comme agglutinés par une matière granuleuse;

7o Un grand nombre de longs filaments analogues comme aspect et comme réfringence au leptotrix de la bouche; les uns droits, les autres coudés, quelques-uns un peu flexueux;

8o Çà et là des spores ovales, isolées, ou par deux, trois, ayant 7 à 8 millièmes de millimètre de long sur 4 à 5 de large, semblables aux spores de l'oïdium albicans ou plutôt du champignon décrit par Robin sous le nom d'*oïdium pulmoneum*.

Dans la couche inférieure, outre les éléments énumérés ci-dessus, on trouve de petites masses blanches, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chenevis, molles, s'écrasant sous la lamelle, et formées d'immenses amas de bactéries et de longs leptotrix entrecroisés en tous sens au milieu de cellules épithéliales et de globules granuleux. On voit, de plus, un certain nombre de grands *mycéliums* appartenant à des champignons d'un ordre plus élevé, mycéliums rameux ayant 3 à 4 millièmes de millimètre de large, cloisonné de distance en distance et présentant de courtes ramifications latérales. L'espèce à laquelle appartiennent ces mycéliums est indiquée par la présence de quelques pinceaux en éventail surmontés de petites spores rondes, fructification caractéristique du *penicillium glaucum*. Enfin on trouve encore, mais en petit nombre, des *fibres élastiques*, reconnaissables à leur réfringence spéciale, à leur disposition en spirale plus ou moins prononcée et enfin à leurs anastomoses.

14 janvier. — L'état de la malade est encore plus mauvais. Expectoration incessante d'abondants crachats fétides; plusieurs crachoirs dans la journée. Prostration et cyanose très marquées. Mort dans la nuit du 14 au 15.

Autopsie. — Faite le 16 au matin. Les plèvres sont normales et ne contiennent pas de liquide. Pas d'adhérences.

Les poumons, retirés du thorax, ne dégagent aucune odeur de gangrène. Ils ne paraissent pas malades à première vue. A peine semblent-ils un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Pas de noyau d'induration à la palpation.

Emphysème des parties supérieures. Œdème et congestion des parties inférieures. L'œdème est surtout prononcé à droite. A la coupe, il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent mêlé de bulles d'air. Nulle part on ne trouve trace de noyau de gangrène parenchymateuse.

Le poumon incisé, en pressant un peu sur la coupe, on fait sourdre un grand nombre de gouttelettes d'un pus épais, crémeux, presque concret, très fétide. L'odeur du poumon incisé rappelle tout à fait les émanations que dégage un coup de pioche dans un terrain infiltré par une fuite de gaz d'éclairage.

La trachée et les grosses bronches sont d'un rouge violacé, tapissées d'un pus grumeux, épais, fétide, formant par places comme des débris de fausses membranes; les bronches plus petites sont obstruées par le pus blanchâtre et concret qu'on fait sourdre à la pression sur les coupes du poumon.

Les bronches sont manifestement dilatées dans leur ensemble; il est facile de les suivre avec les ciseaux jusqu'à la surface pleu-

---

consultation des malades du dehors, *out doors*, faite par les médecins anglais. 35,000 consultations avaient été faites l'année précédente. Il faut savoir que, dans toutes les stations médicales de la Chine, toutes les interventions médicales sont relevées dans une statistique scrupuleuse, dont j'aurai plus d'une fois l'occasion de signaler les curieux résultats. On y avait fait également 1,200 vaccinations.

Cependant, au moment où j'allais me retirer, je fus invité à passer dans la salle du conseil. L'hôpital de *Tung-wah* est administré par un conseil dont les attributions doivent être fort semblables à celles de l'ancien conseil des hôpitaux et hospices de la ville de Paris. Ses membres sont de riches personnages, marchands d'Hongkong, car en Chine il n'y a d'autre bourgeoisie que les lettrés et les marchands, et ceux-ci représentent seuls la vie et les intérêts municipaux.

Cette salle était la seule partie luxueuse de l'établissement. On aurait pu la prendre pour un temple, — chez nous pour un café-concert décoré à la chinoise. Vaste et carrée, d'une extrême élévation, la voûte en était soutenue par des piliers massifs, arrondis, peints en rouge et en noir. Des découpures en bois doré, des bandes d'étoffe portant des caractères chinois appliqués en or sur des fonds de couleurs diverses, probablement des sentences de Confucius, animaient le décor. Au milieu de la salle, un certain nombre de petites tables et de fauteuils en bois noir, simples, mais élégamment sculptés.

Là se trouvaient assis une douzaine de personnages, d'air respectable et de mine assez avenante, quelques-uns ornés de lunettes à verres aussi larges que le fond d'un képi. Quelques politesses furent échangées en mauvais anglais. On m'apporta une tasse de thé et ils se mirent à rire en me voyant chercher le sucrier. J'étais encore peu au courant des usages. Le sucre est inconnu en Chine, ou du moins ne s'y présente que sous la forme de petits morceaux de canne à sucre que l'on vend à tous les coins de rue, avec des oranges, des mandarines, des bananes, des graines d'arachide grillée et des apparences de petits fours sans sucre. Un registre me fut présenté, sur lequel je transcrivis mes plus agréables impressions au sujet de la tenue de l'hôpital de *Tung-wah*, et je pris congé, avec de réciproques et courtoises salutations, de MM. les membres de la commission administrative.

(A suivre.)

rale; cette dilatation est plus marquée à gauche qu'à droite. Mais nulle part on ne voit de dilatation sacciforme ou en ampoule.

Les ganglions péribronchiques et prétrachéaux sont extrêmement tuméfiés, gros comme des œufs de pigeon, gorgés d'un liquide sanieux et fétide, mais sans suppuration franche.

Le péricarde est sain; le cœur normal, rempli de caillots cruoriques.

Les reins et le foie sont violacés et congestionnés.

La rate est très grosse, triplée de volume, friable, couleur lie-de-vin, semblable à une rate de fièvre typhoïde

(A suivre.)

PATHOLOGIE INTERNE

LE ZONA (1), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry)

Le zona constitue une maladie bien nettement définie et qui mérite une description complètement distincte de ce qu'en pathologie cutanée l'on appelle un herpès.

Le zona est caractérisé, en effet, moins par la nature de la lésion dermique que par le siége de cette lésion sur le trajet d'un nerf ou d'un plexus nerveux.

Les plaques de zona, quoique étant généralement séparées l'une de l'autre par des intervalles de peau saine, peuvent cependant être contiguës, et le zona ne forme alors qu'une bande uniforme recouvrant une partie du corps.

Aux membres, le zona m'est apparu toujours disposé sous forme d'îlots séparés.

Les plaques apparaissent dans un ordre essentiellement variable; tantôt simultanément, d'autres fois d'arrière en avant ou de haut en bas, d'autres fois encore tout à fait irrégulièrement, s'enchevêtrant complètement dans leur ordre d'apparition.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait fort hasardeux de dire que l'ordre d'apparition des plaques est lié au mode d'action de la cause ou au mécanisme fonctionnel qui donne naissance au zona.

Les sexes, les âges, les saisons, ne paraissent pas avoir une influence sur la production de cette maladie (2).

Le côté gauche du corps semble y être aussi exposé que le côté droit (3).

Dans la jeunesse, le zona n'est presque jamais douloureux, à aucune de ses périodes; dans l'âge adulte, il est souvent très douloureux, soit avant l'éruption, soit aussi pendant toute la durée de l'éruption. C'est surtout dans la vieillesse, au delà de cinquante ans, que le zona laisse après la guérison de la lésion cutanée des névralgies persistantes souvent rebelles.

Au point de vue de la marche, on peut admettre que le zona revêt les formes suivantes :

1o Une *forme aiguë fébrile*, qui a pu autoriser certains auteurs à ranger le zona à côté des fièvres exanthématiques.

2o Une *forme subaiguë* ou mieux *apyrétique*, de beaucoup la plus fréquente, essentiellement représentée par l'éruption vésiculeuse ou vésico-pustuleuse, siégeant sur le trajet d'un nerf et s'accompagnant généralement de douleurs localisées au trajet de ce même nerf.

3o Une *forme chronique* excessivement rare et dont la plupart des cas qui auraient pu servir de type à cette forme ont pris plutôt l'allure d'un *zona récidivant* ou bien encore d'un *zona à rechutes* (cas d'Alibert, de M. Lasègue, de M. Ronvier, de Marseille, etc.).

Quant aux vraies *récidives du zona*, elles sont tout à fait exceptionnelles. Je n'en ai observé qu'un seul cas.

Au point de vue pathogénique, il est difficile, étant donné l'état de la science au jour où nous sommes, de dire si l'altération des ganglions spinaux, si la lésion des filets spéciaux appelés nerfs trophiques, si une névrite, sont la cause du zona, ou une conséquence, ou bien encore une simple coïncidence.

Sans doute certains faits, tels que celui de MM. Charcot et Cotard (1) et celui de M. Aug. Ollivier (2) permettent de croire que l'altération des nerfs peut être primitive, le zona n'étant que symptomatique.

Mais, en revanche, d'autres cas de zona, les cas de zona traumatique, et en premier lieu l'observation recueillie par M. Charcot dans le service de Rayer (3), autoriseraient à admettre que la lésion nerveuse, quand elle existe, n'est pas constamment d'origine centrale, mais bien souvent d'origine périphérique. En outre, la plupart des zonas spontanés, ceux entre autres qui sont attribués à l'influence du froid, ceux surtout qui font leur évolution complète sans être accompagnés de douleurs notables dans la région affectée, ne semblent pas devoir leur origine à une névrite. La névrite, si elle survient, ne doit être que consécutive. Au surplus, cette lésion nerveuse pourrait consister moins en une véritable inflammation qu'en des phénomènes purement congestifs ayant pour siège les nerfs trophiques, et on s'expliquerait ainsi la production de zonas sans douleur, la production de zonas de cause rhumatismale et aussi de ces zonas secondaires liés, soit à une intoxication par l'oxyde de carbone (cas de Leudet), soit à une indigestion par les moules (cas de Lomier), soit encore le zona du troisième espace intercostal observé par Van Heusinger (4) dans le cours d'une pneumonie franche du sommet droit, terminée par la guérison.

Aussi, jusqu'à plus ample informé, doit-on considérer dans la pathogénie du zona deux grandes classes :

1o *Un zona primitif ou idiopathique.*

2o *Un zona secondaire ou symptomatique.*

1o Le *zona primitif* est celui qui survient sous l'influence de l'impression du froid, d'une vive émotion morale, de troubles digestifs, etc.

2o Le *zona symptomatique* est celui qui est la conséquence d'une affection nerveuse. Cette affection nerveuse peut être elle-même d'*origine centrale* (*a*) ou d'*origine périphérique* (*b*).

(*a*) Le zona lié à une *affection nerveuse centrale* dépend tantôt d'une *hémorrhagie cérébrale*, et dans ce cas il peut siéger du même côté que l'hémiplégie (cas de Duncan, cas de

(1) M. Fabre publie, dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS (mai à décembre 1881 et 1re livraison de 1882), un mémoire considérable sur le zona, couronné par cette Société. Notre excellent et laborieux collaborateur a bien voulu faire, pour la GAZETTE MÉDICALE, un résumé de son important travail dans lequel il a condensé, sous une forme un peu aphoristique, les résultats généraux de ses études. C'est ce résumé que nous sommes heureux d'offrir à nos lecteurs.

(2) Voir un article sur l'étiologie du zona dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES du 25 novembre 1880.

(3) Sur un chiffre total de 55 cas, que j'ai personnellement observés, il y a eu 27 zonas du côté gauche et 27 du côté droit, et enfin un zona double qui siégeait sur le côté droit du thorax et au membre inférieur gauche.

(1) Société de biologie, 1866, GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, p. 257.
(2) Société de biologie, 1874, GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, p. 258.
(3) GAZETTE MÉDICALE, 1866, p. 258.
(4) Berlin. KLIN. WOCHENSCHR., no 24, p. 355, 17 juin.

Payne), on siéger dn côté opposé (cas relaté dans la thèse de Barthés (1) et cas de P.-J., dans une de mes observations personnelles); tantôt il dépend d'nne *affection de la moelle, primitive* ou *secondaire* elle-même (phthisie pulmonaire dans le cas de M. Baerensprung, cancer des vertèbres dans le cas de M. Cbarcot, cancer du poumon dans le cas de M. Ollivier).

(*b*) Le zona secondaire, *symptomatique d'une lésion nerveuse périphérique*, pent résulter d'un *traumatisme* (zona traumatique), d'une *paralysie locale* (voir mon observation de Guérin, Victor, qui eut un zona à l'épaule et au bras du côté droit, côté affecté d'une paralysie du deltoïde) ou d'nne ancienne *névralgie* (témoin les deux faits cités dans la REVUE MÉDICALE (2) de deux femmes, du service de Récamier, atteintes de névralgie sciatique et qui eurent chacune un zona sur le trajet du nerf affecté).

Que s'il s'agissait de définir la nature du zona, dans le but de lui assigner sa place dans le cadre nosologique, nous avouerions combien la tâche est ardue, car nous trouvons beaucoup trop absolue l'opinion de ceux qui, comme MM. Parrot (3) et Demeules (4), veulent faire du zona un simple effet, un épiphénomène d'une névralgie.

M. Hardy nous paraît plus prudent en ne voyant dans le zona qu'une inflammation spéciale de la peau s'accompagnant de douleurs.

Quant à nous, notre conclusion générale sera forcément circonspecte : et, considérant d'une part que la névralgie manque souvent dans le zona, en tenant compte d'autre part que, lorsque la névralgie existe, elle a une durée variable et apparaît à des périodes différentes (souvent avant l'éruption, tantôt au début, tantôt dans le cours, d'autres fois à la fin de l'éruption, quelquefois seulement se prolongeant plus ou moins longtemps après la guérison de la lésion cutanée), et enfin n'oubliant pas que cette névralgie se présente aussi avec des caractères éminemment dissemblables (soit sous forme d'élancements, ou de fourmillements, ou de cuisson, soit sous forme de démangeaisons ou d'engourdissement, ou encore de sensation de déchirure, etc.), nous dirons que la névralgie est un fait trop irrégulier pour suffire à constituer à lui seul le phénomène essentiel du zona. Il nous semble donc prématuré de vouloir faire du zona une affection nerveuse, surtout si l'on se contente de l'*élément névralgie* pour affirmer la nature nerveuse de cette affection.

Et au point où en est aujourd'hui la science, tant la *physiologie* que la *clinique*, nous ne pouvons mieux faire que de ranger le zona dans une classe intermédiaire aux maladies cutanées et aux maladies du système nerveux, en constatant que l'inflammation cutanée est l'élément indispensable de cette entité morbide, mais en insistant aussi sur cette particularité unique dans la pathologie et tout à fait caractéristique que présente la lésion cutanée dn zona de rester localisée au trajet des nerfs.

(1) Page 33.

(2) T. XXX, p. 435.

(3) Voici les conclusions du mémoire de M. Parrot *sur la nature du zona en général :* 1o dans le zona, le symptôme prédominant est la douleur; 2o cette douleur appartient à la classe des névralgies (UNION MÉDICALE, 1857).

(4) *Étude sur le zona de la tête et du cou* (MARSEILLE MÉDICAL, 1872, p. 57). Cette étude, qui contient trois observations originales, vient corroborer, par certains faits de zona de la tête et du cou, l'opinion émise par M. Parrot.

Le zona se termine en général par une guérison complète au bout de un à deux septenaires.

Si l'éruption s'ulcère et surtout si elle se complique de plaques gangréneuses, la durée du zona pourra se prolonger jusqu'à un mois et même six semaines.

Trop souvent il reste, après la guérison, des cicatrices, tantôt colorées, rouges ou fortement pigmentées, tantôt au contraire plus pâles que la peau environnante et parfois déprimées et ridées.

Dans le traitement du zona, on doit tenir compte aussi bien de la nature de l'éruption que de l'âge du patient, de sa constitution et de la cause première de l'affection.

Autant que possible on cherchera d'abord, par un pansement protecteur, à éviter la déchirure des vésicules. Mais il n'existe pas de traitement uniforme pour tous les cas de zona. Tantôt les topiques émollients, siccatifs, calmants ou simplement isolants suffiront; d'autrefois on devra avoir recours en même temps à la compression, soit par le collodion, soit par des bandages appropriés; d'autres fois une cautérisation légère par le nitrate d'argent ou par le perchlorure de fer sera avantageux. Et, dans d'autres cas encore, on devra surtout employer un traitement interne (calmants, reconstituants ou antiscrofuleux).

Enfin, contre les douleurs consécutives à l'herpès zoster, on essayera d'abord l'usage interne de l'arsenic (de 3 à 10 milligrammes d'acide arsénieux par jour). Et si ces névralgies se montrent rebelles au traitement arsenical, il restera au médecin une suprême ressource : il pourra conseiller une cure aux eaux de Néris.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 février 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.—SUR LES COLORATIONS BLEUE ET VERTE DES LINGES A PANSEMENTS Note de M. C. GESSARD, présentée par M. Pasteur.

Deux cas de coloration bleue et verte des pansements se produisaient en octobre dernier, dans le service de M. le docteur Chauvel, au Val-de-Grâce. Les linges me furent remis, et j'entrepris de vérifier l'origine parasitaire du phénomène par la méthode des cultures de M. Pasteur. J'ai pu isoler de la sorte un organisme qui, après un grand nombre d'ensemencements successifs, se montre constant dans sa forme et dans sa réaction physiologique, la production de pigment, pour les différents liquides de culture. Cet organisme est incolore, globuleux, de 1 à 1, 5 millièmes de millimètre; il est aérobie et très mobile On le cultive bien, entre 35° et 38°, dans l'urine neutralisée, la décoction de carottes. Il se développe également dans la salive, la sueur, les liquides albumineux, sérosité de vésicatoire, d'hydrocèle. La matière colorante bleue sécrétée est la pyocyanine de M. Fordos, rougissant par les acides, ramenée au bleu par les alcalis. On l'extrait facilement des liqueurs par agitation avec le chloroforme. Reprenant par l'eau aiguisée d'acide sulfurique ou chlorhydrique, neutralisant la solution acide rouge par la potasse, on obtient, par un nouveau traitement chloroformique, une liqueur d'un bleu pur, qui abandonne par évaporation la pyocyanine cristallisée, tantôt en prismes ou en aiguilles enchevêtrées, tantôt en lames rectangulaires. Sa solution aqueuse est neutre; elle n'est pas altérable par l'ébullition.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — DES TROUBLES DE L'ÉQUILIBRATION CHEZ LES JEUNES ENFANTS, SOURDS-MUETS PAR OTOPIÉSIS. DE LEUR DISPARITION LORS DU RETOUR DE L'OUÏE. Note de M. BOUCHERON, présentée par M. Bouley.

Nous avons montré (COMPTES RENDUS, 1880), que la majeure partie des sourds-muets deviennent *sourds par suite d'affections de l'oreille*, et non par suite d'affections cérébrales ou de malformation.

Le signe distinctif entre ces deux catégories de sourds-muets, c'est la *persistance de l'intelligence* chez les sourds par affection de l'oreille.

Le mécanisme qui produit la surdité du jeune âge est, selon nous, *une compression des nerfs acoustiques* dont le point de départ est le *vide* effectué dans la caisse du tympan, vide que la pression atmosphérique tend à combler. C'est cette pression de 200 gr. à 1,000 gr. sur le tympan qui, transmise par les osselets et par les liquides labyrinthiques aux nerfs de l'oreille, en détermine la compression d'abord, et plus tard la dégénérescence et la destruction.

Il est d'observation ancienne et confirmée que beaucoup de jeunes sourds-muets *marchent tardivement* et présentent des phénomènes nerveux variés: ainsi, tantôt ils sont sujets à des crises de colère furieuse, tantôt ils poussent des cris stridents, prolongés, sauvages; tantôt ils ont des accès de tristesse, des craintes subites, etc.

La disparition de ces phénomènes pendant le traitement de la surdité otopiésique nous en a révélé la cause pathogénique la plus commune.

On sait, par les expériences de Flourens et de ses nombreux imitateurs, que les lésions *irritatives* (Lœwenberg) des canaux semicirculaires de l'oreille, que les excitations des nerfs des canaux semi-circulaires hors de l'oreille, que la compression par ligature des nerfs de ces canaux, tout récemment encore que les excitations des racines de ces nerfs dans le bulbe, dans leur trajet pédonculaire, et jusque dans leur terminaison probable dans le cervelet: on sait, disons-nous, que *les excitations variées des nerfs des canaux semi-circulaires*, à un point quelconque de leur trajet, déterminent des troubles bien connus dans l'équilibration, des vertiges, des titubations, des tournoiements, etc. Aussi ces nerfs ont-ils été considérés comme les nerfs de l'*espace* (de Cyon): nous aimerions mieux les appeler les nerfs de l'*équilibre*.

Si la compression de ces nerfs par une pince, une ligature, en détermine l'excitation et produit les phénomènes sus-indiqués, la compression dans l'intérieur de l'oreille, transmise par les osselets, lors d'une pression sur le tympan par un corps étranger (Bonnafond, Tillaux, Duplay, etc.), par une explosion gazeuse, etc; la compression dans l'intérieur de l'oreille, par la pression atmosphérique sans contre-poids, compression *otopiésique*, d'après le mécanisme rappelé plus haut, pourra produire également des troubles d'équilibration et des troubles d'excitation irradiée (cris réflexes par irritation bulbo-protubérantielle, crises de colère par excitation irradiée aux centres cérébraux; accès de tristesse, de frayeurs subites, comme par hallucination), etc.

En relâchant la compression otopiésique, chez les enfants sourds-muets, on devra voir disparaître ces accidents. C'est ce que nous avons observé en effet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Mesnet dans la section des associés libres.

Sur l'invitation de M. le président, M. Mesnet prend place parmi ses collègues.

— M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Reliquet, une brochure intitulée: *De la lithotritie rapide*.

M. E. BESNIER présente, au nom de M. le docteur Georges Homolle, l'article *Rhumatisme*, extrait du NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Bertherand (d'Alger), une brochure intitulée: *Recherches sur l'hygiène et la pathologie préhistorique en Algérie*; 2° une brochure intitulée: *L'œuvre du docteur Maillot en Algérie*.

M. POLAILLON offre en hommage une brochure intitulée: *Note sur quelques accidents consécutifs à l'ovariotomie*.

—M. JULES GUÉRIN met sous les yeux de ses collègues un certain nombre de planches dans lesquelles est démontrée, suivant lui, la transformation des muscles en tendons, phénomène dont il a parlé dans la communication qu'il a faite mardi dernier.

—M. HARDY, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur le chloroforme, proteste contre la proposition émise par M. Verneuil, à savoir que dans la plupart des cas il n'est pas possible de diagnostiquer pendant la vie la dégénérescence graisseuse du cœur. M. Hardy soutient, au contraire, qu'il y a lieu de retourner la proposition de M. Verneuil, et de dire qu'il est possible, dans l'immense majorité des cas, de diagnostiquer l'état gras du cœur; les signes auxquels il est possible de le reconnaître sont les uns positifs: pouls mou et lent, faiblesse des mouvements et des bruits cardiaques, existence des symptômes de la diathèse goutteuse ou de l'alcoolisme, arc sénile de la sclérotique, dégénérescence athéromateuse des artères; d'autres sont négatifs et résultent de l'absence de lésions valvulaires.

— M. PANAS, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Vulpian relative à une observation de paralysie du nerf radial, rappelle qu'en 1871 il a lu un travail dans lequel il soutenait que toutes les prétendues paralysies dites *a frigore* n'étaient que des paralysies par compression. Il est heureux de voir aujourd'hui M. Vulpian admettre sa manière de voir, d'après l'existence, chez sa malade, évidemment affectée de paralysie par compression d'un signe que M. Vulpian considérait comme distinctif de la paralysie *a frigore*, savoir: la conservation de la contractilité musculaire sous l'influence des courants continus.

M. Panas admet deux variétés principales de paralysie par compression, l'une légère et l'autre grave, suivant que la contractilité musculaire est conservée ou abolie, en même temps que la sensibilité est conservée, mais diminuée. Dans une troisième variété, que M. Panas appelle *initiale* et tout à fait légère, la contractilité musculaire et la sensibilité cutanée sont également conservées. Les symptômes de la maladie ne se montrent pas tout de suite après la compression; ils peuvent ne se manifester que plusieurs heures et même vingt quatre heures après la compressinn, et ce sont ces cas qui ont été pris pour des paralysies *a frigore*.

—M. BOULEY, à l'occasion de la présentation d'une brochure de M. de Lacerda sur le traitement de la morsure des serpents ophidiens au moyen du permanganate de potasse, dit que l'on a opposé à tort, aux résultats de l'auteur de la brochure, l'inefficacité du permanganate de potasse contre la morsure des vipères. Il faut, dit M. Bouley, quand il s'agit de contrôler les expériences d'un auteur, se placer dans les conditions semblables à celles où l'auteur s'est placé lui-même.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme. La parole est à M. Trélat.

M. TRÉLAT dit qu'il y a parfois d'étranges coïncidences. Le 14 février, le jour même où M. Gosselin s'emparait, à la tribune de l'Académie, de cette parole de Sédillot: « le chloroforme bien administré ne tue jamais », ce jour-là même, vers onze heures du matin, M. Trélat opérait un homme de 20 ans, atteint de lymphadénome simple de la région sous-hyoïdienne. La chloroformisation n'avait rien présenté de particulier; l'anesthésie avait cessé, les

fonctions respiratoire et circulatoire étaient dans les conditions normales; M. Trélat donnait le dernier coup de histouri, qui allait terminer l'opération, lorsque le malade fit entendre un léger bruit, porta sa main droite à son cou, souleva un peu le tronc; à ce moment, un chirurgien fort distingué, M. le docteur Bouilly, chargé de surveiller le pouls, annonçait que le pouls devenait filiforme; en jetant les yeux sur le malade, M. Trélat constatait une légère coloration vultueuse de la face, puis de la pâleur. Une pile était là toute prête; une demi-minute à peine s'écoula avant l'application de la pile; puis successivement furent faites toutes les tentatives usitées en pareil cas: traction de la langue, inversion du corps, respiration artificielle, d'après la méthode de Pacini, dirigée par un médecin italien qui suivait la visite, etc., etc.; tout fut inutile. Au bout de quarante-sept minutes, M. Trélat et ses aides, épuisés, à bout de forces, étaient obligés de s'arrêter et de constater que le malade était mort et bien mort.

Quinze jours plus tard, M. Gosselin répétait, dans un discours écrit, par conséquent médité à loisir, cette même parole de M. Sédillot: « Le chloroforme bien administré ne tue jamais », parole qui, pour les chirurgiens à qui pareil malheur avait pu arriver, se changeait en un verdict bien sévère. Aussi plusieurs membres de la section de chirurgie, MM. Verneuil, Jules Rochard et Maurice Perrin, s'empressèrent-ils de monter à la tribune pour déclarer qu'une telle parole, sortie de la bouche d'un chirurgien aussi éminent et aussi respecté que M. Gosselin, avait une gravité extrême.

Peut-être M. Gosselin dira-t-il qu'un certain nombre de ces cas de mort par le chloroforme appartenaient à la catégorie de ceux où existent des contre-indications particulières méconnues; mais il n'en est pas moins vrai que, pour le public médical, la seule conséquence à tirer du discours de M. Gosselin était que la mort des malades devait être attribuée à ce que le chloroforme n'était pas bien administré.

Depuis très longtemps, depuis le rapport de Robert sur les accidents produits par le chloroforme, M. Gosselin préconise les inhalations intermittentes; mais à aucune époque il n'avait fait de cette méthode la condition *sine quâ non* de l'innocuité de la chloroformisation. Il admettait des cas d'accidents imprévus, capables de déjouer toute sagacité et toute prévoyance, que les recherches, les travaux, la prudence et l'attention constante des chirurgiens devaient tendre incessamment à rendre de plus en plus rares, de telle sorte que si, malgré cette attention, cette prudence, ces travaux, des désastres venaient à se produire, du moins le chirurgien aurait pour lui le témoignage de sa conscience.

Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi; M. Gosselin ne fait plus de réserve; ses conclusions sont absolues et s'il arrive malheur aux chirurgiens, c'est, suivant lui, parce qu'ils ont mal administré le chloroforme, c'est-à-dire qu'ils ne l'ont pas donné selon sa formule.

Mais sur quoi se fonde M. Gosselin pour émettre une telle proposition? Sans doute le problème des causes de la mort par le chloroforme a été serré de plus en plus près, grâce aux recherches, aux travaux, aux découvertes accomplies pendant ces dix dernières années; mais si l'on a pu parvenir à distinguer, dans les diverses phases de l'anesthésie chloroformique, les divers systèmes successivement envahis par l'influence de l'agent anesthésique: le cerveau, la moelle, le bulbe, il ne nous a pas été donné encore de déterminer la limite précise qui sépare, par exemple, l'action du chloroforme sur la moelle de son action sur le bulbe. Ainsi que l'ont très bien fait remarquer MM. Verneuil et Maurice Perrin, les opérés qui succombent à la chloroformisation ne meurent pas tous de la même manière, par des accidents de même forme, à la même époque ou au même moment de la chloroformisation.

Chez les uns, le chloroforme porte une action irritante sur le pharynx ou le larynx, d'où action réflexe sur le bulbe donnant lieu à des accidents mortels; pour les autres, le chloroforme agit à la façon d'un toxique, pénètre dans le sang et l'empoisonne.

Quant au moment où surviennent les accidents, il n'est pas le même pour tous. Il y en a qui meurent au début, les autres au milieu, les autres à la fin de la chloroformisation; il y en a qui succombent après l'achèvement de la période chirurgicale. Le malade de M. Trélat, par exemple, est mort évidemment d'un choc traumatique, l'opération étant complètement terminée, l'anesthésie ayant cessé depuis quelques minutes.

Peut-on admettre, avec M. Gosselin, que c'est toujours par intoxication, par surcharge de l'agent anesthésique que les accidents surviennent? Non, car on a vu des malades mourir pour avoir respiré 20 gouttes de chloroforme, d'autres 1 gramme et demi à 2 grammes.

Ainsi ni l'époque de la mort, ni le mode des accidents, ni la dose du chloroforme, rien, en un mot, de semblable dans les cas malheureux qui ont été publiés.

La vérité est que, depuis l'époque où l'on a commencé à administrer le chloroforme, les accidents mortels se sont produits avec tous les procédés, avec toutes les méthodes. Quels que soient ces méthodes ou ces procédés, on ne peut faire que le malade soumis à l'influence du chloroforme ne traverse, du commencement à la fin, une série de passes dangereuses, une suite d'écueils où sa vie est en péril et peut venir se briser.

Les dangers du chloroforme tiennent avant tout à l'action particulière qu'il exerce sur les centres nerveux; or, comme ce que l'on poursuit, dans l'anesthésie, c'est l'action du chloroforme sur les différentes parties de ces mêmes centres nerveux, cerveau, moelle, etc., il en résulte que, quoique l'on fasse, il s'agit de traverser les écueils, d'affronter les dangers inhérents à l'anesthésie elle-même.

M. Gosselin a cherché, comme M. Maurice Perrin, comme M. Paul Bert et d'autres expérimentateurs, à déterminer quelle était la quantité totale de chloroforme qu'il ne fallait pas dépasser sous peine de surcharge pour le sang et, par conséquent, d'accidents graves à redouter: il a fixé cette dose à 10 ou 11 grammes. Mais c'est là, qui ne le voit, une détermination approximative. De même, lorsqu'il s'agit de déterminer la proportion du mélange d'air et de chloroforme que l'on peut faire respirer au malade sans danger, les uns donnent la proportion de 4 p. 100, d'autres celle de 4 1/2, d'autres de 5 p. 100, d'autres enfin celle de 6, 7 et même 8 p. 100. Il est facile de voir que toutes ces données n'ont que l'apparence de l'exactitude et sont absolument hypothétiques.

Si M. Gosselin s'était borné à présenter sa méthode des inhalations intermittentes comme un procédé qui, sans être d'une parfaite précision, lui avait donné de bons résultats, comme un procédé de chloroformisation plus lente, il est vrai, mais plus sûre que la chloroformisation par le procédé généralement employé, s'il s'était borné à cela, ses collègues de l'Académie auraient été disposés à se conformer, en partie du moins, à sa manière de faire; mais venir proclamer à la tribune de l'Académie que sa méthode est la seule bonne, la seule qui ne fait pas courir de danger aux malades et que si les chirurgiens perdent des malades, c'est faute de se conformer aux préceptes de cette méthode unique, c'est là ce qui a révolté les collègues de M. Gosselin et les a amenés à protester les uns après les autres, malgré leur respect pour cet éminent chirurgien, contre des prétentions si absolues et si exorbitantes.

M. Trélat admet que les procédés actuels de chloroformisation ne réalisent pas l'idéal d'une méthode parfaite; il y a des modifications, des perfectionnements à y apporter; il faudra chercher et l'on arrivera certainement à trouver ces perfectionnements. On pourrait déjà substituer, par exemple, à la compresse épaisse, au mouchoir dont on se sert généralement, le linge mince appliqué sur une toile imperméable que propose M. Léon Labbé. On cherchera et l'on trouvera d'autres modifications de détail. Mais les véritables progrès naîtront d'une étude physiologique de plus en plus délicate de l'action du chloroforme sur les centres nerveux, étude qui amènera sans doute une détermination de plus en plus précise des localisations successives de l'influence du chloroforme,

sur telle ou telle partie, sur tel ou tel segment du système nerveux.

Jusqu'à présent nous n'avons rien de semblable, et le procédé présenté par M. Gosselin n'offre pas une plus grande sécurité que les autres; M. Gosselin ne donne pas le moyen d'éviter le danger, il se contente de prononcer un verdict.

Lorsque mis en demeure, en quelque sorte, par M. Verneuil de dire s'il croit que, par son procédé, il garantirait la vie du quatre ou cinq millième malade qui, d'après les statistiques, succombe encore à la chloroformisation, M. Gosselin a répondu affirmativement. Ce chirurgien éminent, dont l'autorité est universellement reconnue, a prononcé là une parole dangereuse, capable de donner aux jeunes chirurgiens une sécurité et une audace grosses de périls, mais en même temps d'engager fortement leur personnalité et ainsi susceptible de compromettre l'avenir de la chloroformisation. Mais la parole de M. Gosselin, comme celle de M. Sédillot, passera, et l'anesthésie restera, malgré tout, parce qu'elle a été pour la chirurgie, pour la pathologie chirurgicale, le diagnostic, la thérapeutique, une source de conquêtes précieuses qui ont, en quelque sorte, changé la face de la chirurgie.

Aujourd'hui, on emploie à tout instant l'anesthésie pour arriver à dissocier les éléments du diagnostic de certaines maladies, et à déterminer, par exemple, ce qui appartient à la contracture, à la tonicité musculaire et ce qui appartient à d'autres éléments morbides. La chirurgie des hernies, celle des luxations, la chirurgie abdominale, qui ouvre aujourd'hui le ventre, si l'on peut ainsi dire, comme une valise, pour en extraire une tumeur énorme, y chercher et y supprimer un obstacle mécanique au cours des matières, en enlever une portion d'intestin cancéreux; toute cette chirurgie, enfin, qui permet d'agir sur l'organisme vivant *perindè ac cadaver*, n'est-elle pas sortie des entrailles de l'anesthésie, aujourd'hui implantée par des racines profondes et indestructibles dans les besoins de la chirurgie et de l'humanité? Croit-on que si l'on mettait dans les plateaux de la balance : d'une part, la somme des accidents mortels produits par le chloroforme; d'autre part, cette série innombrable de malades que l'ovariotomie, l'hystérotomie et tant d'autres opérations rendues possibles par l'anesthésie ont arrachées à la mort, croit-on que le second plateau ne l'emporterait pas de beaucoup sur le premier?

Oui, il faut le dire bien haut, le chloroforme est une puissance, une force, et toute force, toute puissance ne peut s'exercer sans danger; l'art, la science, parviennent jusqu'à un certain point à modifier cette force, à la régler, mais il reste toujours une part d'aléa, une part de danger qu'il faut savoir reconnaître pour se mettre en mesure de la surveiller et d'y porter remède. Nier le danger d'une chose dangereuse a certes plus d'inconvénients que de le reconnaître et de le proclamer.

Il y a des moments où le chirurgien tient la vie de ses malades entre ses mains, et où il agit sans contrôle possible, n'ayant pour juge de ses actes que deux témoins, invisibles au fond de lui-même, la science et la conscience. Chaque fois que le chirurgien est appelé à porter la main sur son semblable, il doit sentir peser sur lui l'œil sévère de ces témoins, il doit sentir son cœur se gonfler de l'émotion de sa responsabilité dont seule la science acquise par une étude et un labeur acharnés peuvent alléger le fardeau redoutable.

« J'ai la conviction profonde, dit l'orateur en terminant, que nous verrons longtemps encore, que nous verrons toujours l'anesthésie chloroformique ou autre présider aux opérations de la chirurgie, que nous en userons toujours avec avantage, à la condition de savoir qu'elle est toujours dangereuse, quoique maîtrisable. »

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. DESPRÉS présente un malade qui reçut, il y a onze jours, une balle dans la main; elle ouvrit deux articulations et vint se montrer sous la peau; la plaie fut pansée par occlusion et la réunion immédiate fut obtenue.

— M. PONCET, à propos du procès-verbal, communique trois observations d'amputation sous-périostée, dans lesquelles il obtint un bourgeon osseux et un moignon parfaitement conformé. A ce propos, M. Poncet fait remarquer la difficulté qu'il y a à décoller le périoste sur les membres à deux os, tandis que cette opération est relativement facile sur les membres à un os, comme la cuisse ou le bras.

— M. GILLETTE lit un rapport sur deux nouveaux cas d'élongation nerveuse pour des sciatiques rebelles, par M. Blum.

Le premier fait est celui d'un homme qui avait une sciatique rebelle avec atrophie des membres. On lui fit l'élongation. A la suite de l'opération, il eut deux crises nerveuses avec grincement de dents. Trois mois après, les douleurs avaient complètement disparu. Depuis deux ans, la guérison s'est maintenue.

Le second fait est celui d'un homme qui avait une sciatique liée à une affection osseuse de la colonne vertébrale. On lui fit l'élongation du sciatique. Trois mois après, il y avait amélioration dans l'état du malade, mais il n'était pas complètement guéri.

Dans ces deux cas, l'opération a été pratiquée à la partie supérieure de la cuisse.

M. Gillette ne pense pas que ce soit là l'endroit qu'il faille choisir, car l'on est trop près de la moelle et l'on peut ainsi imprimer un ébranlement à ce centre nerveux; les crises nerveuses qu'ont eues les deux malades à la suite de l'opération en sont une preuve. En outre, M. Blum a employé ses doigts pour tirer sur le nerf, et de cette façon on ne peut pas apprécier exactement quelle force l'on développe. M. Gillette a fait, à ce propos, des expériences nombreuses sur le cadavre, et il a vu que pour arracher ou rompre le sciatique d'un adulte il fallait développer une force qui varie de 60 à 200 kilos, et il ajoute que sur le vivant il ne faut jamais dépasser 18 à 20 kilos.

M. BERGER : L'évaluation de la force qu'il faut déployer est bien difficile à déterminer et elle est variable, car suivant les sujets, le nerf est plus ou moins adhérent à sa gaîne. — En outre, au point de vue de la façon dont agit l'élongation nerveuse, je citerai le fait suivant : J'ai fait dernièrement une élongation du sciatique chez un ataxique qui avait des douleurs fulgurantes : l'opération resta sans succès. Plus tard, je dus lui ouvrir un abcès qui s'était formé sous le biceps crural à la suite d'une piqûre de morphine. A la suite de cette opération, les douleurs disparurent, et M. Hardy, dans le service duquel était ce malade, s'est demandé à cette occasion si l'élongation nerveuse n'agissait pas comme un traumatisme banal.

M. LARGER : J'ai pratiqué, il y a un mois, l'élongation du sciatique chez un ataxique et j'ai fait l'opération de la manière suivante : en me servant de l'index, j'ai opéré une traction légère et longtemps soutenue jusqu'à ce que j'aie eu la perception de la crépitation caractéristique qui indique qu'il faut s'arrêter; j'ai opéré cette traction dans deux sens différents, d'abord sur le bout central du nerf, puis sur son bout périphérique. Il y a eu une amélioration notable, mais qui ne s'est pas maintenue.

M. DESPRÉS : Pour appuyer l'opinion de M. Hardy sur le mode d'action de l'élongation, j'ai l'observation d'un homme ataxique qui était entré dans mon service pour une hydrocèle. Tout le temps qu'a duré le traitement de son hydrocèle, les douleurs ataxiques ont complètement cessé et elles sont revenues après la guérison de l'affection du scrotum.

M. PONCET : La façon dont a opéré M. Larger est contraire à la physiologie de l'élongation. En effet, dans cette opération, en tirant

sur le bout central du nerf, on abolit la sensibilité sans craindre de troubler la motilité; tandis qu'en tirant sur le bout périphérique on peut amener une perturbation dans les plaques motrices des branches nerveuses.

M. Gillette : Je ne pense pas que l'élongation agisse comme un traumatisme banal, car les malades qui ont subi cette opération avaient déjà auparavant été soumis à des traumatismes, sans que leur sciatique ait été modifiée.

— M. Verneuil fait une communication sur la cure des fistules recto-vulvaires. Il commence par émettre ces quatre propositions initiales :

1° Les fistules recto-vulvaires aisément abordables, très faciles à opérer, sont très difficiles à guérir;

2° Les procédés américains, si bien conçus, si efficaces dans les cas de fistules vésico-vaginales, échouent le plus ordinairement, lors même qu'ils sont le plus irréprochablement exécutés;

3° Les échecs multipliés ont poussé les chirurgiens à modifier sans cesse leur manière d'opérer, mais ces changements n'ont pas eu grand résultat, parce que les causes d'insuccès ne sont pas suffisamment connues;

4° C'est à la découverte de ces causes qu'il faut s'attacher si l'on veut enfin mener sûrement à bien une opération si minime, si simple, que sa non-réussite est une honte pour la chirurgie.

M. Verneuil, après avoir passé en revue les diverses causes d'insuccès qu'il a observées et après avoir relaté plusieurs opérations de ces fistules, termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les causes qui font si souvent échouer la cure chirurgicale des fistules recto-vulvaires sont essentiellement locales. Les principales sont : A. Le peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale au point où siège la fistule, ce qui empêche d'affronter des surfaces avivées suffisamment larges et de comprendre dans l'anse des sutures une quantité suffisante de parties molles. B. Le contact des matières intestinales liquides ou gazeuses avec les surfaces fraîchement avivées, contact difficile à prévenir et à empêcher et qui fait échouer presque sûrement la réunion par première intention;

2o Les expédients mis en usage jusqu'ici pour combattre ces causes, formation de lambeaux, dédoublement des lèvres de la fistule, dilatation forcée ou débridement des sphincters, double plan de suture, n'offrent pas assez de garanties pour être recommandés sérieusement.

3o L'avivement sanglant suivi aussitôt de réunion immédiate, c'est-à dire l'anaplastie en un seul temps, doit être, jusqu'à nouvel ordre, abandonné.

4o La guérison spontanée des perforations recto-vulvaires peut s'observer après l'échec de la suture sanglante; elle s'effectue par adhésion secondaire de la membrane granuleuse qui s'établit sur les surfaces avivées, adhésion qui n'est point empêchée par le contact passager ou permanent des matières intestinales;

5o Cette guérison spontanée exige toutefois certaines conditions Il faut (étant donnée la disposition en zone circulaire qu'affecte la plaie granuleuse) que la rétraction concentrique l'emporte en puissance et en vitesse sur la rétraction radiée. Dans le cas contraire, elle est impossible, parce que la rétraction radiée attire la muqueuse rectale dans l'orifice fistuleux qui reprend ainsi ses conditions de permanence. Le mode d'avivement usité dans le procédé américain entrave certainement, au cas où la suture manque, l'occlusion spontanée de la fistule, et il en est de même de la cautérisation, telle qu'on la pratique d'ordinaire dans l'espoir de favoriser cette occlusion.

6o La guérison entièrement spontanée est à coup sûr possible, mais fort aléatoire; l'art peut donc et doit venir en aide à la nature; on y parviendra en adoptant d'une manière exclusive l'opération en deux temps, c'est-à-dire l'avivement par la cautérisation, si les surfaces granuleuses sont jugées aptes à l'adhésion par la réunion immédiate secondaire. La suture métallique simple, exécutée à l'ordinaire, pourra suffire sans doute, mais dans certains cas il pourra convenir d'y adjoindre une suture de renfort ou de soutien.

7o L'insuccès de la suture étant encore fort possible, il sera sage de mettre la fistule dans des conditions telles que la guérison spontanée par rétraction concentrique et l'adhésion des surfaces granuleuses soient encore réalisables. Il suffira, pour cela, de supprimer provisoirement l'obstacle essentiel à la cure naturelle, en détruisant dans une étendue suffisante la muqueuse rectale au pourtour de l'orifice intestinal de la fistule.

— M. Reclus lit une observation de fistule congénitale de la région ano-coccygienne.

Henri Bastard

BIBLIOGRAPHIE

La technique de la palpation et de la percussion à l'usage des étudiants en médecine, par M. le professeur Ch. Lasègue et M. le docteur J. Grancher. — Paris, in-18, Asselin et Cie, 1882.

Ces deux modes d'exploration, mettant en œuvre des sens différents, se complètent l'un par l'autre : le principal rôle dans leur mise en œuvre appartient à la sagacité de l'observateur, et aucun appareil mécanique ne saurait se substituer aux informations fournies par des sens bien exercés.

Les auteurs des deux petits traités de la palpation et de la percussion ont exposé avec une grande précision et un rare bonheur d'expression les règles qui président d'abord à cette éducation nécessaire des sens du tact et ensuite à leur emploi pour les recherches cliniques.

M. le professeur Lasègue s'est chargé de la technique de la palpation. Après avoir rappelé, dans quelques indications générales, le manuel de la tactilité, la posture de l'observateur, la portée des figurations schématiques, il entre dans le détail et s'occupe d'abord de la palpation de la tête, plus particulièrement au point de vue de l'asymétrie. Puis vient la palpation du thorax, ayant pour but de constater la configuration des parois, les incurvations de la colonne vertébrale, le plus ou moins d'ampliation de la poitrine, l'asymétrie thoracique, les vibrations vocales, l'état des parois musculaires, etc.

Le palper abdominal est plus délicat : aussi M. Lasègue insiste-t-il sur la position à donner au malade, les divers ordres de sensations perçues, etc. La palpation du foie et de la vésicule, de la rate, des reins, de la vessie, de l'utérus, du cœcum et des intestins, forment autant de paragraphes particuliers remplis d'indications pratiques d'une application journalière.

Enfin la palpation des muscles, au point de vue des atrophies primitives ou secondaires, l'étude du palper dans les œdèmes, dans les affections articulaires, termine cet intéressant opuscule de 56 pages, écrit d'un style alerte et auquel on peut appliquer l'adage par lequel M. Lasègue caractérise la valeur de l'observation médicale : *maxima in minimis*.

M. J. Grancher s'est donné la tâche de la percussion. L'histoire et la méthode, les classifications et les théories forment une courte mais substantielle entrée en matière : la production d'un son dans les organes humains soulève plusieurs problèmes dont la solution n'est pas encore entre nos mains; mais ce qu'il importe de savoir, c'est le rapport entre tel phénomène d'acoustique et tel état organique : les explications physiques ne viennent qu'en second lieu. Aussi M. Grancher, passant de suite à la pratique, envisage-t-il d'abord la percussion du poumon à l'état physiologique et à l'état pathologique.

A l'état normal, la *note* de percussion des bases du poumon en avant et en arrière serait le *do* de la quatrième octave, et celle des sommets, le *do* de la cinquième octave : cette variation d'une octave s'explique par l'épaisseur différente du parenchyme. Mais la *sonorité*, dépendant de l'épaisseur des parties interposées, diffère en avant ou en arrière, mais ne modifie pas la *valeur musicale* du son.

A l'état pathologique, le son reste normal, est modifié en moins (matité ou submatité), est augmenté. La valeur de ces trois modalités est étudiée dans le détail par M. Grancher, et les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont pu apprécier déjà les conséquences importantes que l'auteur a tirées de l'étude des sonorités sous-claviculaires et de l'association des trois facteurs: percussion, auscultation et palpation, pour le diagnostic de certains cas de congestion tuberculeuse associée à des pleurésies d'apparence franchement inflammatoire.

La percussion du cœur et des gros vaisseaux forme le sujet d'un chapitre non moins important. Le foie, la rate, l'estomac, les intestins sont étudiés successivement, dans leurs états normaux et pathologiques : enfin l'ouvrage se termine par un court aperçu sur la percussion des reins, du pancréas, de l'utérus, de la vessie et des tumeurs.

Tel est le sommaire rapide de ce petit traité spécialement écrit pour les étudiants, mais qui constitue aussi pour le clinicien un *vade mecum* d'une incontestable utilité.

ALBERT ROBIN.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

SUR UN SYMPTÔME DU DÉBUT DE LA GROSSESSE. — On ne me paraît pas avoir suffisamment insisté sur la signification d'un phénomène de début de la grossesse : je veux parler de la disparition presque complète des phosphates des urines. Si l'on recherche ce que deviennent ces phosphates ainsi retenus, on découvre que, n'étant qu'en très faible partie utilisés par le développement du fœtus, aux premiers temps de la grossesse, ils se condensent presque en totalité dans les os dont ils augmentent le poids ou à leur surface, pour former des ostéophytes, considérés à tort pendant longtemps comme résultant d'une erreur de nutrition.

Dans les derniers mois, le fœtus se développant avec intensité, ces réserves sont attaquées : les os tendent à reprendre leur poids primitif, et les ostéophytes à diminuer graduellement, pour disparaître après les premiers mois de l'allaitement, pendant lesquels ils ont contribué à maintenir à son chiffre normal la proportion des phosphates du lait.

Voilà ce qui se passe lorsque la femme est bien nourrie. Dans le cas contraire, et c'est ce qui se présente tous les jours dans les villes et les grands centres industriels, la mère, loin de former ces réserves, emprunte à sa propre substance les éléments de nutrition du fœtus. Elle s'épuise et donne le jour à un être chétif, que son lait trop pauvre ne pourra soutenir.

Si l'on rend à l'organisme les phosphates qui lui manquent, on voit la femme enceinte reprendre ses forces, et le nouveau-né vient à la vie dans des conditions normales de santé et de résistance. Ceci n'est plus de la théorie, et une pratique déjà longue me permet d'affirmer que le succès suit, neuf fois sur dix, l'administration bien entendue du phosphate de chaux.

Entre autres faits probants, je puis citer l'exemple d'une famille de quatre enfants, dont les premiers, d'une santé moyenne, présentent les attributs du lymphatisme, avec défaut d'énergie physique et morale, pâleur et mollesse des chairs, etc., tandis que les deux derniers, venus longtemps après et alors que la mère était affaiblie par les chagrins et l'action d'une maladie nerveuse, sont cependant vigoureux, tapageurs, et présentent une très belle carnation.

J'attribue cette différence à l'administration, pendant les deux dernières grossesses, du phosphate de chaux, sous la forme que je considère comme la plus physiologique, c'est-à-dire à l'état de sirop et de vin Dusart.

Cette observation est d'autant plus concluante que le résultat de l'action du phosphate de chaux s'est trouvée constatée par ce qui s'était passé lors des premières grossesses.

J'ai remarqué, en outre, dans plusieurs cas, une diminution rapide des vomissements chez les femmes auxquelles je prescrivais le sirop ou le vin Dusart et presque toujours l'éruption des dents du nouveau-né se faisait plus tôt et amenait moins de troubles.

Ainsi, dans la famille d'un confrère, j'ai vu paraître la première dent, chez les deux premiers enfants, à onze mois. Pendant la troisième grossesse, la mère prit le phosphate de chaux, et l'enfant présenta, sans aucun trouble de santé, ses deux premières dents à quatre mois et quelques jours.

Ici encore, j'ai pu faire, tout à l'avantage du phosphate de chaux, la comparaison entre les enfants qui provenaient d'une grossesse abandonnée aux seuls secours de la nature et ceux dont le développement intra-utérin avait été favorisé par l'administration de l'élément qui préside aussi bien à la formation du muscle qu'à celle du système osseux. (UNION MÉDICALE.)

Dr DELATTRE.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Le corps médical vient d'être assez cruellement éprouvé depuis une quinzaine de jours. C'est ainsi que nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Michel (de Marseille), à soixante-sept ans; Pain (Martin), ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a succombé à l'âge de cinquante-trois ans; Vallois, décédé à Nancy à soixante-quatre ans, et Delecosse (Hippolyte), à Bruxelles.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les docteurs Segond et Nélaton, prosecteurs, commenceront sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques et avec le concours de six aides d'anatomie, leurs démonstrations concernant les exercices opératoires : le premier, le 17 mars, à une heure précise, dans le pavillon n° 3; le second, le lundi 20 mars, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

***

CONCOURS DE MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination à trois places de médecin du bureau central s'ouvrira le 20 de ce mois. Le jury se compose de MM. Fournier, Besnier, Gouraud, Tenneson, Archambault, Cadet de Gassicourt, Gérin-Roze et Anger (B.).

Les quarante candidats sont :

MM. Barié, Leroux (H.), Leroux (C.), Lorey, Barth, Merklen, Jean, Oulmont (P.), Hirtz (H.), Gombault, Ledru, Dreyfous, Decaisne, Brissaud, Brault, Martin, Letulle, Moizard, Robin (L.-A.), Déjérine, Tapret, Eloy, Béringier, Renault, de Beurmann, Chouppe, Bourceret, Josias, Lucas-Championnière (P.-E.), Talamon, Carrière, Muselier, Joly, Buzot, Cadiat, Benoit, Lataste, Ballet et Frémy.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le docteur Ronstan, professeur agrégé, est chargé de suppléer dans sa chaire de médecine opératoire M. le professeur Bouisson jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-1882.

***

MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — L'arrêté suivant vient d'être pris ces jours derniers par la préfecture de la Seine :

Les médecins de l'état civil, dans chaque arrondissement, seront nommés par le préfet, sur la proposition du maire.

Lorsqu'une circonscription deviendra vacante, le maire transmettra, sans délai, au secrétariat général, service du personnel, la liste des candidats qu'il croira devoir présenter. Cette liste comprendra quatre noms, dont deux choisis parmi les médecins attachés au bureau de bienfaisance et deux parmi les médecins inspecteurs des écoles communales et des écoles maternelles de l'arrondissement.

Le médecin du bureau de bienfaisance ou le médecin inspecteur des écoles qui aura été nommé médecin de l'état civil devra être remplacé dans son premier emploi.

***

La Société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes :

Première question. — Étudier l'influence des maladies du cœur sur les femmes enceintes et, réciproquement, l'influence de la gravidité sur les maladies du cœur.

Deuxième question. — Faire l'histoire de la goutte.

Troisième question. — Laissée au choix des concurrents.

PRIX : Médaille d'or ou de vermeil, ou mention honorable, selon la valeur du mémoire. — Outre ces prix, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement 50 exemplaires de leurs travaux.

Clôture du concours : 30 novembre 1882.

Les mémoires doivent être adressés à M. le docteur Rantera, secrétaire de la Société, rue Saint-Paul, 12, à Anvers.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 3 MARS AU JEUDI 9 MARS 1882.

Fièvre typhoïde 38. — Variole 15. — Rougeole 39. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 62. — Dysenterie 0. — Érysipèle 12. — Méningite (tubercul. et aiguë) 79. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 230. — Autres tuberculoses 20 — Autres affections générales 86 — Malformation et débilité des âges extrêmes 79. — Bronchite aiguë 56. — Pneumonie 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 52. — au sein et mixte 35. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 118. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 88. — de l'appareil digestif 49. — de l'appareil génito-urinaire 34. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 4. — Causes non définies 0. — Morts violentes 45. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1,363 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DES AFFECTIONS RÉNALES AVEC LES MALADIES CHIRURGICALES, par le docteur Bruchet. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

— MODE D'ACTION DES CAUTÉRISATIONS IGNÉES DANS LES ULCÈRES DE LA CORNÉE, par le docteur G. Martin. In-8°. — Prix : 0 fr. 75. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 12 25 MARS 1882.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

SOMMAIRE. — PARIS : La loi sur l'administration de l'armée. — L'inspectorat des eaux minérales. — Du diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur. Influence pathogénique de cette lésion sur les accidents qui se developpent dans le cours de l'anesthésie chloroformique. — CLINIQUE MÉDICALE : De la bronchite septique. — REVUE D'OPHTHALMOLOGIE : Du glaucome. — ACADÉMIE DES SCIENCES : Suite de la séance du 27 février 1882. — Observations nouvelles de mort apparente des nouveau-nès traités avec succès par un bain à 50°. — Sur les règles à suivre dans l'hypnotisation des hystériques. — Endocardite diabétique. — Académie de médecine : Suite de la séance du 14 mars. — Suite de la discussion sur le chloroforme. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : Séance du 27 mars 1882. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : Séance du 15 mars 1882. — BIBLIOGRAPHIE : Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire.— VARIÉTÉS : Chronique.

Paris, le 23 mars 1882.

LA LOI SUR L'ADMINISTRATION DE L'ARMÉE. — L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

La loi sur l'administration de l'armée, en élaboration depuis huit ans, a été définitivement votée, presque sans discussion, la semaine dernière, par la Chambre des députés. Tout le monde, sans en excepter ceux qui l'ont defendue à la tribune parlementaire, reconnaît qu'elle est loin d'être parfaite ; mais on était las d'une situation indécise qui se prolongeait depuis si longtemps, et l'on a préféré une solution à moitié satisfaisante.

Le point qui intéressait spécialement le corps médical, c'était l'autonomie du service de santé. Cette autonomie est reconnue en principe dans la loi; mais, dans la pratique, elle ne saurait exister. Si, en effet, les médecins militaires ne relèvent que de leurs chefs hiérarchiques et du commandement, s'ils ont autorité sur le personnel des hôpitaux et des ambulances, ils n'ont pas l'ordonnancement, ils n'ont sous leurs ordres aucun agent d'exécution, ils demeurent donc encore de ce chef sous la dépendance du corps de l'intendance et, si le théâtre où surgissaient les conflits est un peu plus circonscrit, il est loin de disparaître. Les luttes n'en deviendront même peut-être que plus fréquentes, plus vives, plus préjudiciables à une bonne organisation.

Ce n'est pas seulement au nom du service militaire de santé qu'on doit regretter la demi-réforme apportée par la nouvelle loi, c'est au nom de l'intérêt public : l'expérience récente faite en Tunisie le démontre. Il faut espérer qu'on n'attendra pas une expérience semblable pour corriger les imperfections de cette loi, et que le ministre de la guerre saura les atténuer dans une mesure suffisante en résolvant les questions de détail qui, ainsi qu'il l'a dit lui-même, restent à trancher après les questions de principe.

— Un projet de loi, un peu... étonnant, a été déposé par le gouvernement sur le bureau de la Chambre des députés : il s'agit de la suppression du traitement des médecins inspecteurs des établissements d'eaux minérales. Les circonstances dans lesquelles ce projet a été conçu méritent d'être enregistrées.

On sait avec quelle facilité, depuis un ou deux ans, le ministre de l'agriculture et du commerce révoque les médecins inspecteurs et les remplace par des hommes de son choix ou du choix de ses amis, ne consultant que pour la forme le Comité consultatif d'hygiène publique. Un de ces inspecteurs révoqués qui, durant une vingtaine d'années, n'avait pas touché le traitement auquel la loi lui donne droit, les a réclamés au propriétaire de l'établissement thermal; celui-ci a actionné à son tour l'Etat, et le Conseil d'Etat, saisi de la question, l'a résolue au profit du propriétaire de l établissement, par suite, du médecin. D'autres inspecteurs révoqués ont déjà suivi ou se proposent de suivre l'exemple de leur ancien collègue, si bien que l'Etat va avoir à solder un arriéré sur lequel il ne comptait pas.

Pour ne plus s'exposer à d'aussi malencontreuses réclamations, le gouvernement n'a rien jugé de mieux que de proposer la suppression du traitement des médecins inspecteurs. Une commission parlementaire de onze membres a été chargée d'examiner ce projet et, plus logique que le gouvernement, elle paraît disposée à soumettre à la Chambre des députés la suppression, non du traitement des médecins inspecteurs, mais de l'inspectorat lui-même.

Lorsque, en 1873, la question de l'inspectorat a été agitée au sein du Parlement et devant l'Académie de médecine, nous avons ici même défendu cette institution en indiquant les réformes ou améliorations qu'elle réclamait. Au lieu de l'améliorer, on n'a fait que la discréditer en accentuant comme à plaisir les vices d'organisation qu'elle présente. Aujourd'hui, le gouvernement lui-même lui porte le dernier coup. Il ne reste véritablement plus qu'une solution : c'est celle que propose la commission de la Chambre des députés et à laquelle se rangeront tous les esprits impartiaux. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet.

Dr F. DE RANSE.

DU DIAGNOSTIC DE LA DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU CŒUR. INFLUENCE PATHOGÉNIQUE DE CETTE LÉSION SUR LES ACCIDENTS QUI SE DÉVELOPPENT DANS LE COURS DE L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE.

« Bien souvent l'on peut soupçonner l'état gras du cœur, mais dans aucune circonstance il n'est permis d'affirmer qu'il existe (1). » Ainsi débute le paragraphe consacré au diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur, par MM. Potain et Rendu, dans une étude dont l'éloge n'est plus à faire.

L'opinion exprimée dans les lignes que nous citons n'a pas seulement à son appui le patronage de deux cliniciens d'une grande compétence, dont l'un s'est acquis un renom exceptionnel dans les questions qui touchent au diagnostic des lésions cardiaques : elle reflète l'incertitude et le désaccord de ceux qui ont voulu assigner des signes précis à l'altération

(1) ARTICLE CŒUR : *In* DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, 1re série, tome VIII, p. 460, 1876.

graisseuse du cœur. Un des hommes qui ont le plus contribué par leurs travaux à l'avancement de nos connaissances sur la pathologie de cet organe, Stokes, avait cru trouver à la stéatose cardiaque un signe de grande valeur dans une modification spéciale du rhythme respiratoire. Nous savons aujourd'hui à quoi nous en tenir à cet égard, et bien différentes sont nos idées sur la valeur séméiologique du phénomène de Cheyne-Stokes.

Canton, Quain et d'autres médecins anglais ont cru trouver dans l'*arc sénile* un signe induhitable de l'état gras du cœur. Or la dégénérescence graisseuse peut envahir le tissn cornéal sans frapper le myocarde, cela est bien reconnu et démontré.

Les affirmations d'Aran, qui prétendait diagnostiquer la dégénérescence graisseuse du cœur d'après le seul *facies* des malades, n'ont pas trouvé grand crédit et c'est à peine si les traités de pathologie les plus récents en font mention.

Restent les signes tirés de l'examen du cœur et des vaisseaux, la faiblesse, la dépressihilité et la lenteur du pouls, l'accroissement d'étendue de la matité précordiale par suite du relâchement des fibres cardiaques altérées, la faiblesse des mouvements et des bruits du cœur, la disparition du premier hruit, les accidents syncopaux qu'on a maintes fois confondns avec des attaques apoplectiformes. Mais ces signes, qui se trouvent rarement réunis chez un même sujet, n'ont, même dans leur ensemble, absolument rien de pathognomonique pour la dégénérescence graisseuse du cœur. Comme l'ont fait ressortir la plupart des auteurs, Friedreich, Maurice Raynaud, entre autrss, ce sont là les indices d'une insuffisance fonctionnelle du myocarde, telle qu'on l'observe dans d'autres maladies du cœur qui portent atteinte à l'énergie ds cet organe.

Le diagnostic de la stéatose cardiaque, dans les cas les plus simples, se fait donc surtout par vois d'exclusion. D'une façon générale, il se base sur des présomptions plutôt que sur des signes d'une valeur précise et rigoureuse. Voilà l'opinion dominante, et M. Verneuil s'en faisait l'écho, lorsque, dans l'une des derniéres séances de l'Académie de médecine, parlant des différents mécanismes de la mort par le chloroforme et de la fréquence du cœur gras chez les victimes de l'anesthésie chloroformique, il affirmait qu'il s'agit là d'une influence d'autant plus funeste que la stéatose cardiaque est dans la plupart des cas impossible à diagnostiquer.

Cette dernière proposition n'a pas été du goût de M. Hardy, qui a cru devoir protester au nom de la clinique. M. Hardy ne s'est pas borné à dire « que la dégénérescence graisseuse du cœur n'est pas une maladie aussi latente que veut hien le croire M. Verneuil » et que « lorsque la dégénérescence graisseuse cardiaque est assez avancée pour constituer nn danger dans le cas d'administration du chloroforme, il est habituellement possihle de la reconnaître. » Il lui a semblé légitime de retourner la proposition de M. Verneuil et de déclarer « que dans la plupart des cas on peut arriver au diagnostic de la dégénérsscence graisseuse du cœur. »

Venant d'un clinicien d'une si grande expérience, ces paroles, en opposition flagrante avec les déclarations de la grande majorité des pathologistes, laissaient la porte ouverte à quelques révélations sur des signes nouveaux de la dégénérescence graisseuse du cœur, d'une signification plus rigoureuse que ceux donnés jusqu'à ce jour. Quand on consulte le bulletin officiel de l'Académie, on ns trouve dans la note qne M. Hardy a jointe au procès-verbal de l'avant-dernière séance rien qui réponde à cet espoir. Pour faire le diagnostic de l'état gras du cœur, M. Hardy se fonde exclusivement sur les signes que nous avons rappelés plus haut et qui satisfont si peu les autres cliniciens.

Ce n'est pas pour la vaine satisfaction de mettre en relief ce désaccord, que nous avons cru devoir revenir sur les paroles de l'éminent médecin de la Charité. La question, telle qu'elle a été soulevée incidemment par M. Verneuil, a une importance pratique considérable. La dégénérescence graisseuse du cœur est en somme une lésion qu'on rencontre dans des circonstances extrêmement nombreuses. Tantôt elle n'est qu'un épiphénomène d'affections graves, cachectisantes ou autres, qui la relèguent au second plan. D'autres fois la stéatose cardiaque, que l'on s'efforcerait en vain de délimiter strictement de la surcharge graisseuse du cœur, ss rencontre à titre d'altération en quelque sorte primordiale, chez des alcooliques, par exemple. Dans de certaines limites elle peut être pendant longtemps conciliable avec les apparences d'une bonne santé; cependant elle fait planer sur l'individu qui en est affecté des menaces secrètes. Toute influence extérieure qui tend à déprimer le muscle cardiaque, pourra, dans ces conditions, crésr des dangers mortels; et c'est ainsi qu'une émotion violsnte, une grande frayeur, l'ingestion d'une boisson glacée, un bain de vapeur, une douche froide, le choc traumatiqus, ont pu causer la mort de sujets dont l'autopsie n'a révélé aucune autre lésion capable d'expliquer ce dénouement brutal. C'est ainsi sans doute qu'a péri le sujet dont parlait M. Tillaux mardi dernier à la tribune de l'Académie et qui, sur le point d'être opéré sans le secours du chloroforme, pour un lipome de la joue, s'affaissa pour ne plus se relever au premier contact de l'instrument tranchant avec les parties molles. C'est ainsi, certainement, que meurent bon nombre des victimes de l'anesthésie chloroformique, sans que la moindre responsabilité incombe aux chirurgiens. Les physiologistes nons ont donné du mécanisme de la syncopé survenant dans le cours de l'anesthésie uns explication que M. Gosselin rappelait naguère et qui confirme ces vues. Le chloroforme excite les terminaisons nerveuses qui se répandent dans les voies aériennes. Cette excitation, transmise au hulbe, est réfléchie le long des pneumogastriques, nerfs modérateurs de l'activité cardiaque. Ainsi se produit un arrêt du cœur qui peut être passager chez celui dont le myocarde est intact, qui sera irrémédiable chez cet autre dont le muscle cardiaque est atteint dans sa nutrition, dans sa capacité fonctionnelle. C'est, qu'on me pardonne cette comparaison, l'histoire de la grenouille printanière, qui au sortir de l'hiver, consnmée par l'autophagie, est bien autrement impressionnahle aux poisons dépresseurs du muscle cardiaque que la grenouille estivale qui a relevé la qualité de ses tissus et le ton de ses muscles.

Malgré les protestations de M. Hardy, la proposition de M. Verneuil reste intacte, avec tout ce qu'elle a de terrifiant et de consolant pour les chirurgiens condamnés à faire appel aux précieux appuis du chloroforme. Oui, la dégénérescence graisseuse du cœur est une circonstance qui prédispose à la mort suhite pendant l'anesthésie chloroformique, et cette circonstance est d'autant plus funeste que la stéatose cardiaque est impossihle à diagnostiquer dans la plupart des cas.

E. Ricklin.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA BRONCHITE SEPTIQUE

Leçone de M. le professeur GERMAIN SÉE à l'Hôtel-Dieu, recueillies par le docteur CH. TALAMON, chef de clinique, et revues par le professeur

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III

En résumé, une femme, tousseant depuis six ans, est prise, vers la fin d'une grossesse, d'une aggravation de sa bronchite habituelle. Bientôt surviennent des symptômes d'une inflammation pulmonaire aiguë. L'expectoration devient excessive et, de plus, fétide. La fièvre s'allume, de l'œdème apparaît aux pieds et aux mains, en même temps que la dyspnée devient menaçante. L'adynamie fait des progrès rapides et la malade meurt dans le collapsus. Quel diagnostic devions-nous porter ?

Nous ne pouvions nous arrêter longtemps à l'idée d'une *tuberculose pulmonaire compliquée de gangrène*. Ce n'est pas que la gangrène ne puisse venir hâter parfois l'évolution de la phtisie ; on voit, dans certains cas, les excavations tuberculeuses se sphacéler en partie ou en totalité. Le fait, d'ailleurs, est rare, peut-être, comme le dit Traube, parce que les crachats des phtisiques sont trop épais, trop concrets, pour se putréfier, un certain degré de liquidité étant nécessaire au développement de la fermentation putride. Mais cette femme, qui toussait depuis six ans, n'avait ni maigri ni dépéri en aucune façon. L'aspect de cachexie qu'elle présentait n'était nullement le marasme des phtisiques arrivée à la dernière période. Enfin on ne constatait aux sommets aucune trace d'excavation, de ramollissement ou d'induration pulmonaire.

Étions-nous en présence d'une *vomique pleurale ?* Vous savez que certaines pleurésies enkystées et surtout les pleurésies interlobaires peuvent, en s'ouvrant dans les bronches, déterminer le rejet de matières purulentes fétides, rappelant tout à fait l'odeur des crachats gangréneux, en même temps qu'on perçoit dans un point de la poitrine les signes d'une excavation limitée. Or notre malade, récemment accouchée, se trouvait dans des conditions favorables au développement de ces pleurésies purulentes à marche insidieuse. L'aggravation de la dyspnée et de la toux pendant le dernier mois de sa grossesse pouvait être attribuée à la formation de l'épanchement enkysté. Le point de côté suivi d'une expectoration abondante s'expliquait alors avec assez de vraisemblance par la rupture de l'abcès pleural à travers les bronches. Mais les signes physiques étaient contraires à cette hypothèse. La sonorité du thorax était partout normale. Nous ne trouvions nulle part les signes pseudo-cavitaires qui indiquent l'existence d'une poche purulente communiquant avec les canaux aérifères. Le léger souffle bronchique perçu vers la base de l'aisselle gauche ne suffisait pas pour autoriser un pareil diagnostic. Aussi ai-je rejeté l'idée d'une vomique pleurale aussi complètement que celle d'une gangrène tuberculeuse.

Pour les mêmes raisons, j'ai refusé d'admettre l'existence d'un abcès pulmonaire compliqué de sphacèle.

Restait l'hypothèse d'une gangrène pulmonaire vraie ou d'une bronchite fétide. La gangrène pulmonaire, suivant la division établie par Laënnec, peut être circonscrite ou diffuse ; elle peut être encore, d'après son siège, superficielle ou profonde. Mais, quelque forme qu'elle prenne, elle ne tarde pas à se traduire par les signes physiques très nets, soit de l'induration ou du ramollissement pulmonaire, soit de l'épanchement pleural. Or chez notre malade, au trentième jour de la maladie, aucun de ces signes n'existait. L'expectoration seule éveillait l'idée de gangrène, et encore l'odeur des crachats n'était-elle pas celle de la gangrène vraie, l'odeur de pourriture animale, de macération anatomique; c'était plutôt, je vous le rappelle, l'odeur stercorale, la fétidité de la carie dentaire.

J'étais donc forcément amené au diagnostic de bronchite fétide. La bronchite existait, indéniable ; la poitrine était remplie de râles ronflants, sibilants et muqueux, mêlés de râles fins d'œdème pulmonaire. Mais l'état général de la malade ne répondait guère à la description de la bronchite fétide telle que nous la connaissons en France. La bronchite fétide de Lasègue, de Trousseau, est une affection bénigne, et notre malade, évidemment frappée à mort, touchait à une terminaison fatale. Ce n'était pas bronchite *fétide* qu'il fallait dire, mais bronchite *putride* et *septique ;* ce n'était pas à la bronchite de Lasègue que nous avions affaire, mais à la bronchite de Dittrich.

Le point difficile était de déterminer s'il existait ou non un foyer de gangrène parenchymateuse. Dans les observations de Dittrich, il est noté que tantôt le poumon est simplement œdématié, tantôt on trouve disséminés quelques noyaux de sphacèle. Dans notre cas, frappé surtout de l'adynamie profonde et de la cachexie générale que présentait la malade, constatant en outre vers l'aisselle gauche une région où la respiration offrait les caractères bronchiques, je me crus en droit d'admettre un noyau de gangrène pulmonaire venant compliquer et achever l'évolution de la bronchite putride.

L'autopsie m'a donné raison sur l'ensemble du diagnostic. Il n'existait ni tuberculose, ni vomique pleurale, ni gangrène parenchymateuse vraie. La malade avait bien succombé à une bronchite putride. Sur un seul point j'étais fautif : le poumon ne présentait aucune trace de noyau gangréneux. Le souffle léger constaté pendant la vie ne pouvait guère s'expliquer que par un certain degré de dilatation bronchique, surtout marqué du côté gauche.

Ainsi la bronchite putride peut causer la mort avec tous les symptômes généraux de la gangrène du parenchyme ; il me reste à vous dire par quel mécanisme. Mais auparavant, laissez-moi revenir sur un point dont j'ai omis jusqu'à présent de vous parler, et qui a pourtant son importance, je veux parler de l'étude des crachats.

IV

Au point de vue séméiologique, on peut admettre quatre variétés principales de crachats : les crachats muqueux et séreux, les crachats purulents, les crachats sanguinolents et les crachats putrides.

Je n'insisterai pas sur les trois premières variétés. Les crachats séreux, formés surtout d'albumine, se rencontrent dans l'œdème et la congestion pulmonaire. Les crachats purulents se différencient des crachats muqueux par la grande quantité de globules de pus qu'ils contiennent. Dans certains cas, les globules de pus se réunissent en une même masse compacte nageant dans un liquide aqueux : ce sont les crachats *cuits;* si les crachats, ainsi séparés de leur partie fluide, présentent des bords déchiquetés, on les appelle crachats *nummulaires ;* dans d'autres cas, les crachats se pelotonnent en petits grains qui forment sédiment au fond du vase : ce sont les crachats *roulés.*

Les crachats *putrides*, qui, d'une manière générale, sont regardés comme caractéristiques de la gangrène pulmonaire, ne lui appartiennent cependant pas en propre, comme je vous l'ai déjà montré. On peut les observer dans la tuberculose pulmonaire avec sphacèle des cavernes, dans la vomique pleurale ou pulmonaire, dans les diverses formes de la bronchite fétide.

Leur constitution chimique est assez variable. Pour 1,000 parties, la proportion d'*eau* peut varier en effet de 983 à 873; la quantité de matières inorganiques de 8 à 12; la quantité de substances organiques de 4 à 115.

Comme éléments inorganiques, on y trouve des carbonates, des sulfates, des phosphates, des chlorures de potasse, de soude, de chaux, de magnésie, etc., des carbonates de fer et même de la silice.

Les matières organiques sont très nombreuses :

En premier lieu, de l'albumine et les diverses matières albuminoïdes : de la paraglobuline, du sérum albumine, de la pyine, de la mucine, de la nucléine ;

2o Des acides gras et des graisses neutres, de la cholestérine, de la margarine ;

3o Les acides butyrique et valérique. D'après Laycock, l'acide butyrique caractériserait les crachats fétides; d'après Neukomm et Lebert, l'acide valérique serait la cause de l'odeur horrible des crachats de la gangrène vraie ;

4o On y trouve encore de la leucine, de la tyrosine, de la glycérine. On y a signalé même des traces de matière glycogène ;

5o Enfin Filhene prétend avoir retiré des crachats gangréneux un ferment spécial, qu'il compare au ferment du suc pancréatique. Ce ferment aurait la propriété d'agir sur les fibres élastiques du poumon et de les détruire.

L'étude microscopique des crachats putrides a été faite très complètement par Leyden et Jaffé (1). Ces auteurs ont les premiers insisté sur l'importance des parasites si nombreux qu'on rencontre dans les crachats. Traube fait jouer aussi un grand rôle à ces organismes inférieurs dans le développement de la gangrène.

Le microscope montre trois ordres d'éléments : des éléments appartenant à la muqueuse bronchique ou au tissu pulmonaire même ; des cristaux de forme variable ; des parasites d'espèces multiples.

1o Les éléments broncho-pulmonaires sont : des cellules épithéliales cylindriques ; des épithéliums alvéolaires, mélangés à de nombreux globules purulents granuleux, à des globules du sang et à des gouttelettes de graisse; des fibres élastiques en plus ou moins grand nombre ;

2o Des cristaux de margarine et d'hématoïdine, des aiguilles de tyrosine, des globules de leucine, et enfin ces cristaux d'apparence et de nature indéterminées que les Allemands appellent les cristaux de Charcot, représentent les diverses formes cristallines qu'on observe dans les crachats putrides ;

3o Comme parasites, il faut signaler toutes les variétés des organismes de la putréfaction, bactéries longues et courtes, vibrions mobiles, droits et flexueux. Leyden et Jaffé indiquent des bâtonnets longs, semblables au leptotrix buccalis et qu'ils désignent, comme une espèce à part, sous le nom de *leptotrix pulmonalis*. Il est bien probable que cet organisme, qui ne diffère en rien du leptotrix buccalis, est le même que ce parasite si commun de la muqueuse de la bouche propagé et multiplié le long de la muqueuse respiratoire. Rosenstein a observé encore des spores ovales d'oïdiums. Chez notre malade, nous avons trouvé non seulement ces spores d'oïdium *albicans* ou *pulmoneum*, mais encore des mycéliums entiers et même des fructifications complètes en pinceaux, du *penicillium glaucum ;*

4o Enfin, quand on laisse déposer les crachats putrides dans un verre, on peut trouver, dans le sédiment formé, de petites masses qui représentent de véritables séquestres du parenchyme pulmonaire. Il est possible d'y reconnaître, avec l'aide du microscope, des débris pulmonaires caractérisés par un certain nombre d'alvéoles encore juxtaposés et entremêlés de fibres élastiques ; ces débris sont englobés dans une notable quantité de fibrine et infiltrés d'une prodigieuse pullulation de bactéries et de vibrions.

Ces différents caractères microscopiques des crachats putrides ont-ils quelque valeur au point de vue du diagnostic de la gangrène pulmonaire ? Je ne le crois pas. On a voulu attribuer à la présence ou à l'absence des fibres élastiques une signification pathognomonique. Mais vous avez vu que chez notre malade les fibres élastiques s'observaient dans les crachats, et pourtant il n'existait aucun noyau de gangrène parenchymateuse. D'autre part, qui oserait, de l'absence des fibres élastiques, conclure à l'absence de la gangrène pulmonaire ? La constatation des débris d'alvéoles nettement reconnaissables aurait, je crois, plus de valeur. Pour ma part, je pense qu'il est plus sage de se contenter de dire : s'il existe dans les crachats un très grand nombre de fibres élastiques mêlées à des débris d'alvéoles, on est en droit de conclure à une gangrène parenchymateuse; mais si ces fibres sont peu nombreuses, la gangrène n'est nullement certaine ; la bronchite putride simple est possible; c'est à l'ensemble des symptômes généraux et des signes physiques qu'il faut demander la consécration du diagnostic.

V

Revenons à notre malade. Vous avez tous été frappés de l'état de dépression, d'adynamie profonde qu'elle présentait. Je vous ai fait remarquer ce teint à la fois livide et terreux, cette coloration grisâtre de la face et ces lèvres cyanosées, cette tendance à l'hydropisie générale attestée par l'œdème des pieds et des mains. Une affection purement locale ne pouvait expliquer un pareil ensemble symptomatique. Une altération générale de l'organisme rendait seule compte de phénomènes aussi graves.

Pour moi, cette femme s'est infectée elle-même. Elle avait dans ses bronches un foyer de putréfaction sans cesse renaissante, dont les produits incessamment résorbés ont déterminé l'adultération de tous les liquides organiques.

Quelle est la nature vraie de ces produits ? A en juger par les expériences de Pasteur, il s'agit dans les cas de ce genre de produits organisés, vivants; c'est un vibrion spécial, le *vibrion septique*, qui, pénétrant dans l'intimité des tissus, s'y développant et s'y multipliant à l'abri de l'oxygène, provoque pour vivre des phénomènes de décomposition dont la conséquence dernière est la mort de l'individu envahi.

Pour Panum, Bergmann, Zuelzer, au contraire, le poison gangréneux n'est pas organisé. C'est une substance, soluble dans l'eau, que Panum a réussi à isoler et qu'il suppose ana-

(1) Leyden et Jaffé, *Sur les crachats putrides avec quelques remarques sur la gangrène pulmonaire*, ARCH. FÜR KLIN. MED., 1866.

logue aux alcaloïdes végétaux. La mort ne serait pas due à la pénétration des bactéries de la putréfaction dans la circulation, mais à l'infection des liquides de l'organisme par le poison putride. Cette *sepsine*, comme l'appelle Panum, injectée dans le sang de divers animaux, chiens, chats, chevaux, agit immédiatement, et ses effets sont directement en proportion de la quantité injectée.

Vous reconnaissez, messieurs, dans cette sepsine un de ces alcaloïdes animaux, un de ces poisons fabriqués par notre organisme même, que MM. Boutmy et Brouardel, M. Gautier, etc., nous ont fait connaître récemment sous le nom de *ptomaïnes*. La nature, la constitution chimique de ces ptomaïnes sont encore à l'étude. Mais on peut dès à présent prévoir le rôle immense qu'elles jouent dans l'évolution des maladies infectieuses.

Pour moi, je ne doute pas que notre malade n'ait succombé à une véritable intoxication par les ptomaïnes bronchiques, fabriquées à la surface de sa muqueuse respiratoire et aux dépens des sécrétions de cette muqueuse par les bactéries de la putréfaction. Et je crois que cette hypothèse peut s'appliquer, non seulement à notre cas particulier, mais à tous les cas de gangrène pulmonaire où la mort est la conséquence, non de simples phénomènes locaux, mais d'une infection générale par résorption putride.

VI

Une pareille interprétation, vous le comprenez, réduit à peu près à néant toute tentative thérapeutique. De quelle utilité peut être contre cet empoisonnement général le traitement par les inhalations de vapeurs térébenthinées vanté par Skoda? Ce traitement peut réussir contre le catarrhe fétide simple; il peut atténuer et faire disparaître la mauvaise odeur des crachats, quand la maladie se borne à cette perversion des sécrétions bronchiques; il est impuissant contre la forme grave de la bronchite putride. J'en dirai autant des autres antiseptiques, acides phénique, thymique, salicylique, etc. On peut admettre leur influence locale; mais on ne comprend pas leur action sur les produits toxiques, ces produits fussent-ils organisés, une fois le poison absorbé et en contact avec les liquides et les tissus de l'économie.

Mais je m'arrête, mon intention n'étant pas de vous parler ici du traitement de la gangrène pulmonaire. J'ai voulu seulement vous signaler une forme de bronchite septique, essentiellement grave et fatalement mortelle, mal connue et non décrite encore en France, bronchite amenant la mort, sans complication de gangrène pulmonaire, par le fait seul de la résorption des produits toxiques de la fermentation putride développée dans les canaux bronchiques.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

DU GLAUCOME; SA NATURE ET SON TRAITEMENT.

Suite et fin. — Voir le numéro 9.

TRAITEMENT. — Le glaucome ne peut être efficacement combattu que par l'intervention chirurgicale. Toutefois l'on possède quelques agents thérapeutiques qui ont sur la marche de l'affection une influence incontestable, mais presque toujours passagère. Les plus actifs de ces agents sont les myotiques et en particulier l'ésérine, préconisée pour la première fois, il y a quelques années, par Laqueur, qui depuis a fait plusieurs communications sur cet intéressant sujet.

Par de nombreuses recherches, il s'est assuré que ni l'atropine ni l'ésérine ne sont capables d'influencer d'une manière sensible la tension de l'œil normal. L'expérience clinique montre, au contraire, que dans certains états pathologiques, l'atropine augmente et l'ésérine diminue cette même tension.

En diminuant la tension oculaire dans le glaucome, l'ésérine modifie tous les autres symptômes. Dans certains cas de glaucome aigu, elle seule a suffi pour combattre l'affection, en y revenant à chaque recrudescence. Finalement, la guérison fut définitive. L'ésérine toutefois ne pourra jamais remplacer l'iridectomie, surtout dans le glaucome aigu. (LAQUEUR, *De l'atropine et de l'ésérine et de leur influence sur la pression intra-oculaire*, ARCHIV. FÜR OPHTHAL., t. XXXII, 3.)

Knapp arrive aux conclusions suivantes sur l'influence de l'ésérine :

Exceptionnellement et à la longue seulement, elle guérit le glaucome aigu : toujours elle procure une amélioration passagère qui permet de préparer le malade à l'iridectomie.

Dans le glaucome subaigu, avec ou sans apparition d'accidents inflammatoires, elle a une action nuisible.

Dans le glaucome survenant dans un œil sain, pendant la période de guérison de l'autre œil iridectomisé, l'ésérine n'a pas d'effet curatif.

Le danger d'engendrer des iritis, comme aussi de provoquer des accès aigus dans un œil atteint de glaucome chronique, doit prémunir contre l'emploi immodéré de ce puissant myotique. (KNAPP, *Observations et Remarques sur l'emploi de l'ésérine dans le glaucome*, ARCHIV. FÜR AUGEN UND OHRENHEILK, t. VII.)

Comme traitement prophylactique, l'influence des myotiques n'est pas bien établie. D'après Guiata, l'ésérine serait impuissante à prévenir les accès. Avec la plupart des auteurs, il reconnaît que son emploi prolongé a des inconvénients; qu'il expose à des hémorrhagies intra-oculaires, à l'iritis; que cet alcaloïde est contre-indiqué par les états inflammatoires du tractus uvéal. (GUIATA, *l'Ésérine dans la kératite et le glaucome*, ANALI DI OTTALMOLOGIA, 1880.)

Comme accident grave, mais exceptionnel, il faut citer un cas d'intoxication générale rapporté par Gubli, après l'instillation de quelques gouttes de collyre. (GUBLI, KLIN. MONATSBL. FÜR AUGEN, 1880.

L'accident le plus fréquent, consécutif à l'usage prolongé de l'ésérine, est le développement d'une conjonctivite folliculaire. La pilocarpine, qui est un myotique plus faible, ne paraît pas avoir le même inconvénient. Jany a rapporté une observation assez concluante à cet égard. (JANY, SOCIÉTÉ OPHTHAL. DE HEIDELBERG, 1878.)

Harneck et Witkowski ayant établi l'action de l'ésérine sur les fibres lisses, il était naturel d'expliquer son action sur le glaucome par la contraction des vaisseaux. Cette interprétation a été admise par Schlegel, de Wecker et beaucoup d'autres. (SCHLEGEL, *L'ésérine dans le glaucome*. MITTH. A. N. OPHTHAL. KLIN. IN TÜBINGEN, 1880. — DE WECKER, *De l'emploi comparatif de l'ésérine, de la duboisine et de l'atropine*, KLIN. MONATST.)

Les expériences récentes d'Ulrich semblent établir que c'est par les modifications même de l'iris que les mydriatiques et les

myotiques influencent la tension oculaire. Si les résultats obtenus par cet expérimentateur ingénieux sont confirmés, ils jetteront une vive lumière sur bien des questions relatives à la doctrine et à la thérapeutique du glaucome.

Il pratique des injections sous-cutanées de ferrocyanure de potassium à des lapins, de manière à faire absorber cette substance par la circulation générale et cherche sa présence dans l'œil à l'aide du perchlorure de fer, évitant ainsi d'intéresser l'organe, comme l'avait fait Knies dans des expériences analogues. Il a constaté ce fait inattendu, que la substance apportée par les artères ciliaires, qui se répand surtout dans la choroïde, pénètre dans la chambre antérieure, non pas en filtrant entre l'iris et le cristallin, mais en traversant directement la périphérie de l'iris, pour s'infiltrer ensuite dans la substance scléro-cornéale, à travers l'espace de Fontana. La pupille est-elle préalablement dilatée par l'atropine, la coloration de la cornée est beaucoup moindre, ce qui indique une filtration plus difficile; est-elle contractée par l'ésérine, cette coloration devient au contraire beaucoup plus accentuée. Les mydriatiques s'opposant à l'excrétion des liquides oculaires en dilatant la pupille, les myotiques la favorisant en contractant le sphincter, ainsi s'explique leur influence sur la tension intra oculaire. (Ulrich, *De la nutrition de l'œil*, Arch. für ophthal., t. XXVI, 3.)

La quinine, préconisée par Cohn, peut rendre des services dans la période prodromique du glaucome. Adamück a rapporté l'observation remarquable d'une dame qui faisait disparaître rapidement les névralgies et l'obscurcissement de la vision, de nature manifestement glaucomateuse, à l'aide d'une dose de 30 centig. de sulfate de quinine. Pendant deux ans elle put ainsi écarter les symptômes de son mal. Finalement une double iridectomie dut être pratiquée. (Adamück, Centralblatt, 1880.)

De Graefe, en découvrant les heureux effets de l'iridectomie dans le glaucome, dota la chirurgie oculaire d'un moyen thérapeutique vraiment merveilleux, qui a préservé bien des individus d'une cécité certaine. Pour se rendre compte des tentatives de substituer à l'iridectomie de nouvelles opérations, la sclérotomie particulièrement, il faut savoir qu'elle n'est pas exempte d'inconvénients qui peuvent se résumer ainsi : elle est impuissante dans certaines formes de glaucome; tout en arrêtant l'affection, elle réduit parfois d'une manière notable l'acuité visuelle par la brèche qu'elle crée dans le diaphragme irien et l'asigmatisme qu'elle laisse dans la cornée; la détente trop brusque qui accompagne cette opération expose à des hémorrhagies de la rétine, voire même à la luxation du cristallin.

Exagérant peut-être un peu ces inconvénients, Mauthner s'est demandé si l'on est autorisé à pratiquer sur des organes qui fonctionnent encore une iridectomie qui peut avoir parfois des résultats fâcheux, et il s'est prononcé pour la négative en ce qui concerne le glaucome simple et le glaucome inflammatoire chronique. (Mauthner, *Aphorismes sur le glaucome*, Archiv. für Augen, t. VII, 1.)

Hirschberg, se basant sur l'observation de 77 cas de sa pratique, a réfuté les objections de Mauthner et croit pouvoir prendre la défense de l'iridectomie dans toute l'étendue où de Graefe l'a recommandée. (Hirschberg, Arch. für ophtalm., t. XXIV, 1.)

En 1867, M. de Wecker suggéra l'idée de substituer à l'iridectomie dans le traitement du glaucome, une simple plaie scléroticale. Deux ans après, il développa sa théorie sur les cicatrices de filtration au Congrès de Heidelberg. Il ne tarda pas à être suivi dans cette voie par Stelwag, Quaglino, Mauthner. Aujourd'hui, la sclérotomie est définitivement entrée dans la chirurgie oculaire, mais sa valeur comparativement à l'iridectomie n'est pas complètement établie.

On ne saurait contester que, comme opération, elle écarte bien des inconvénients de l'iridectomie. Elle laisse intact l'iris, ne réduit pas l'acuité visuelle et expose moins aux conséquences fâcheuses d'une détente trop brusque. Le plus ordinairement, elle ne laisse aucune trace et peut être répétée sans inconvénient plusieurs fois sur le même œil.

Il faut ajouter que les résultats immédiats qu'elle procure diffèrent peu de ceux de l'iridectomie, sauf peut-être pour le glaucome suraigu. Mais il reste à savoir s'ils se maintiendront aussi longtemps. L'expérience, sur ce point, n'est pas encore suffisamment complète.

Le reproche que l'on fait à la sclérotomie, c'est d'être peut-être un peu plus délicate à pratiquer correctement qu'une iridectomie, et surtout d'exposer aux enclavements de l'iris, que l'on peut toutefois assez facilement prévenir en instillant préalablement de l'ésérine. On a d'ailleurs toujours la ressource d'exciser l'iris si l'on remarque une tendance trop marquée au prolapsus.

Knapp a cité une observation qui paraît constituer une exception rare, dans laquelle une sclérotomie pratiquée pour un glaucome hémorrhagique fut suivie de fonte de l'œil. (Knapp, Archiv. of ophthalmology, t. X, 4.)

Les conclusions auxquelles sont arrivés différents chirurgiens se reflètent assez exactement dans les indications suivantes :

L'iridectomie reste le moyen le plus efficace contre le glaucome aigu.

La sclérotomie est indiquée :

1° Dans toutes les formes de glaucome hémorrhagique ou dans celles que l'on soupçonne appartenir à cette catégorie;

2° Dans tous les cas de glaucome congénital (buphthalmie);

3° Dans tous les cas de glaucome chronique simple;

4° Chaque fois qu'après une iridectomie la vision a décliné, ou que le résultat acquis par cette opération vient, après un certain temps, à péricliter;

5° Lorsqu'il s'agit de combattre les prodromes du glaucome;

6° Dans tous les cas de glaucome absolu avec atrophie iridienne complète et accès douloureux. (De Wecker, *Communication au Congrès de Londres*, 1881.)

Dans le glaucome simple, le glaucome hémorrhagique et la buphthalmie, la sclérotomie a évidemment moins d'inconvénients que l'iridectomie. A-t-elle une influence curative plus grande que l'iridectomie qui est souvent impuissante? Certains auteurs semblent le croire, mais des réserves sont ici nécessaires. Il ne faut pas perdre de vue que le glaucome simple a une marche parfois fort lente et que les observations doivent être faites à longue échéance. J'ajouterai que les hémorrhagies primitives (non consécutives à l'opération) dans le glaucome aigu, n'indiquent pas toujours qu'il s'agisse d'un glaucome malin.

Il est bien probable que c'est en créant une cicatrice de filtration que l'iridectomie et la sclérotomie agissent sur le glaucome. Le fait toutefois est contesté. Tout en étant disposé à accepter cette interprétation, je dois reconnaître que les expériences de Manolescu sur ce sujet ne m'ont pas paru très concluantes. (Manolescu, Anal. d'ocul., t. LXXXIII.)

D'autre part, les recherches de Schnabel tendent à démontrer que le tissu de cicatrice de la cornée est plus dense que le tissu normal, et les expériences de Schœler que le nouveau tissu se prête effectivement moins à la filtration. (Schnabel, Archiv. für Augen, t. VII, 1. — Schœler, *Communication au Congrès de Londres*, 1881.)

Henri Parinaud.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Suite de la séance du 27 février 1882.—Présidence de M. Jamin.

M. Bonnafont donne lecture d'une nouvelle note concernant les phénomènes nerveux (vertiges, titubation, défaut d'équilibre, etc.), qui sont généralement attribués aux canaux demi-circulaires, et qui peuvent également être produits ou provoqués par la simple pression de la membrane du tympan. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Médecine. — Observations nouvelles de mort apparente des nouveau-nés traitée avec succès par un bain a 50o. Note de M. Campardon, présentée par M. Larrey.

Une note de M. le docteur Goyard, insérée aux Comptes rendus du 10 janvier 1881, affirme, avec preuves à l'appui, que le meilleur moyen de ramener à la vie les nouveau-nés en état de mort apparente est de les plonger dans un bain à 50o. L'emploi de ce procédé avait été suggéré par un travail du docteur Gustave Le Bon, publié également dans les Comptes rendus, en 1872.

Je viens communiquer à l'Académie deux observations dans lesquelles j'ai pu, par ce même procédé, ramener à la vie deux enfants qui se trouvaient dans une situation désespérée.

Dans la première de mes observations, il s'agissait d'un enfant venu au monde en état de mort apparente, sur lequel les frictions, l'insuffiation pulmonaire, etc., avaient été inutilement essayées, et que je considérais comme perdu. Les recherches du docteur Gustave Le Bon m'étant revenues à l'esprit, je plongeai l'enfant dans l'eau chaude à 45° C. En moins de quinze secondes, il était revenu à la vie.

Enhardi par ce succès, j'appliquai le même procédé à un enfant d'une quinzaine de jours qui, après avoir dépéri graduellement, était tombé en état de mort apparente. La figure était déjà cyanosée, et les battements du cœur imperceptibles à l'auscultation. Les soins donnés par un de nos confrères et moi avaient été inutiles. L'enfant ayant été placé dans le bain chaud, j'assistai en quelques secondes à une véritable résurrection. Le malade étant retombé le lendemain dans le même état, la même opération fut répétée, et aujourd'hui il se trouve en parfaite santé.

Dans un nouveau travail sur la même question, le docteur G. Le Bon a eu soin de faire observer que, quand le bain n'agit pas de suite, il sera généralement inutile, et qu'il ne faut pas le prolonger plus de quatre à cinq minutes, sous peine de voir bientôt le sujet en état de rigidité. Du reste, quand le bain chaud n'agit pas, aucun autre moyen connu ne pourrait agir.

Le même auteur a fait justement remarquer que les bains chauds à 50o sont inutiles chez les noyés, puisque, chez ces derniers, il faut prolonger l'action de la chaleur pour combattre l'abaissement énorme de température qu'il a constaté dans ses expériences. L'action d'un bain d'air chaud, obtenu simplement en tenant le sujet asphyxié devant un feu très vif, lui a paru le seul moyen à recommander. L'expérience lui a prouvé que tous les moyens classiques, la respiration artificielle, l'électricité et les couvertures chaudes, notamment, étaient impuissants à combattre le refroidissement considérable du sang qu'il a constaté, et qu'il considère comme la plus redoutable des conséquences de l'asphyxie par submersion.

Séance du 6 mars. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie pathologique. — Sur les règles a suivre dans l'hypnotisation des hystériques. Note de MM. A. Dumontpallier et P. Magnin.

(Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Nous demandons à l'Académie la permission de lui exposer quelques remarques qui nous ont été suggérées par les expériences que nous avons pratiquées sur les hystériques hypnotisables.

L'hyptnotisme est un état nerveux spécial, dont l'existence ne saurait être niée dans l'état actuel de la science. La physiologie expérimentale comparée en a, du reste, admis la réalité par ce seul fait qu'elle l'a accusé d'avoir peut-être, sur l'homme comme sur les animaux, de graves incouvénients.

Cela étant, nous nous sommes proposé de rechercher les procédés les plus faciles pour produire chacune des périodes de l'hypnotisme. On peut, avec des moyens simples et fixes, déterminer à volonté et d'emblée l'une ou l'autre de ces phases avec tous ses caractères et, à l'aide de ces mêmes moyens, on peut faire cesser l'état produit.

C'est ainsi que, chez une hystérique hypnotisable, les paupières supérieures étant abaissées, le frottement des globes oculaires peut déterminer d'emblée la léthargie, et cet état se maintiendra aussi longtemps que l'on aura soin de tenir fermés les yeux du sujet. Le frottement des globes oculaires, exercé à nouveau, fera cesser la léthargie et réveillera la malade.

La période cataleptique peut être obtenue d'emblée par la lumière solaire réfléchie, dirigée sur les yeux ouverts du sujet. Cette période persiste aussi longtemps qu'on a soin de maintenir les paupières supérieures élevées. En agissant de nouveau par le même procédé, on détermine la disparition de la catalepsie et le réveil.

La période de somnambulisme s'obtiendra d'emblée par légère pression sur le vertex. La même pression, exercée à nouveau, fera sortir le sujet de l'état produit et le réveillera.

Dans l'une quelconque de ces expériences, la cause, mise en action d'une façon continue, eût déterminé sans interruption des oscillations de réveil et de l'état produit.

Il nous a été possible aussi, chez les malades, d'obtenir un des trois états de l'hypnotisme sur une moitié du corps, tandis que l'autre moitié était dans une phase différente du sommeil provoqué. Nous avons pu produire, comme d'ailleurs d'autres expérimentateurs l'avaient fait, l'hémiléthargie simultanément avec l'hémicatalepsie. Nous avons pu, de plus, déterminer l'hémicatalepsie avec l'hémisomnambulisme et l'hémisomnambulisme avec l'hémiléthargie. Nous avons même, chez une malade, déterminé la catalepsie croisée-alterne et le somnambulisme croisé-alterne.

Dans toutes ces expériences, il est possible de faire passer le sujet d'une période dans une autre, en faisant usage de chacun des procédés ci-dessus énoncés, et cela en commençant à volonté par telle ou telle phase. On devra faire disparaître les états provoqués en ordre précisément inverse de celui de leur production, en employant les moyens qui leur ont donné naissance.

Supposons la malade mise d'emblée en léthargie par le frottement des globes oculaires, puis en catalepsie par l'action de la lumière et enfin en somnambulisme par pression sur le vertex; pour faire descendre l'échelle, il suffira d'abord d'exercer à nouveau la même pression sur le vertex pour faire cesser l'état somnambulique et obtenir de nouveau la seconde phase, c'est-à-dire la catalepsie. Puis l'action de la lumière réfléchie sur les yeux du sujet défera la catalepsie pour reproduire le degré inférieur de l'échelle, c'est-à-dire la léthargie. Enfin la pression sur les globes oculaires déterminera le réveil.

Dans l'exemple précédent, le procédé qui a fait l'un des états a défait ce même état, en reproduisant dans l'échelle descendante la

phase qui l'avait immédiatement précédée dans l'échelle ascendante.

Nous pensons que, dans toutes les expériences d'hypnotisme, il faudra toujours avoir présent à l'esprit ce principe formulé par l'un de nous, à savoir, que *la cause qui a fait défait*. Il faudra toujours employer, pour faire disparaître un état produit, l'agent même qui a servi à le déterminer, quelle que soit d'ailleurs la nature de cet agent.

Nous insistons sur ce fait pour deux raisons :

La première, pour éviter de se trouver en présence d'états mixtes, états qui se sont souvent rencontrés par le fait de la substitution d'un agent à un autre dans le cours des expériences.

La seconde raison d'agir ainsi nous paraît bien justifiée par ce fait que le réveil s'effectue toujours normalement et avec calme, lorsque, pendant toute la durée des expériences, on s'est conformé rigoureusement aux règles que nous venons de poser. Les malades, dans ces conditions, déclarent n'éprouver aucune fatigue, une fois réveillées.

Nous pensons, en résumé, que tout expérimentateur qui voudra suivre cette méthode n'aura à redouter, pour le sujet en expérience, aucun inconvénient dans la détermination des différentes périodes de l'hypnotisme.

Physiologie pathologique. — Endocardite diabétique. Note de M. Lecorché, présentée par M. Vulpian.

Les inflammations multiples qui se manifestent si souvent dans le cours du diabète ne laissent aucun doute sur la tendance qu'a cette affection à produire chez les individus qui en sont atteints un état diathésique inflammatoire. Mais ces inflammations ne se localisent pas seulement à la peau, au tube digestif, aux reins ou aux poumons : elles peuvent intéresser d'autres organes. Récemment, nous avons signalé à l'Académie de médecine (séance de décembre 1881), comme une des complications assez fréquentes du diabète, la *cirrhose atrophique du foie*. Aujourd'hui nous voulons attirer l'attention sur l'*endocardite*.

L'endocardite diabétique, que nous avons observée plusieurs fois, paraît se montrer plus souvent chez la femme que chez l'homme (huit fois sur quatorze). Nous ne l'avons rencontrée qu'à l'état chronique et seulement dans les cas de diabète à forme subaiguë ou chronique.

Elle n'apparaît qu'à une époque avancée de cette maladie, deux ou trois ans et même plus après son début. C'est moins l'intensité de la glycosurie que sa longue durée qui semble en favoriser l'apparition.

Elle se localise au niveau de l'orifice mitral. Nous ne l'avons vue qu'une seule fois siéger au niveau de l'orifice aortique.

Elle traduit son existence par un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur, par l'irrégularité et l'intermittence du pouls.

Elle s'accompagne parfois de dégénérescence athéromateuse des artères (deux fois sur quatorze)

Elle précipite la marche du diabète et entraîne souvent la mort, soit en provoquant un œdème plus ou moins généralisé, de l'ascite, soit en se compliquant elle-même d'hépatite aiguë.

Elle paraît être due à l'irritation que produit sur la membrane interne du cœur le contact prolongé d'un sang altéré par la présence du sucre en excès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Suite de la séance du 14 mars. — Présidence de M. Gavarret.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

M. Le Fort : En 1848, Sédillot disait que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais. C'était là une parole dangereuse pour l'avenir, et même pour le passé, puisqu'à l'époque où Sédillot tenait ce langage il y avait eu déjà des cas de mort par le chloroforme. M. Gosselin, avec toute son autorité, prononce aujourd'hui ces mêmes paroles en les aggravant, puisqu'il dit que le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas d'inconvénients et ne donne pas la mort quand il est bien administré.

La proposition de M. Gosselin est dangereuse pour les chirurgiens; il faut se rappeler qu'en 1863 il y a eu une condamnation d'un chirurgien par arrêt du tribunal pour un cas de mort par le chloroforme. Simpson a employé pendant trente ans le chloroforme avec succès, jusqu'au jour où il a perdu un jeune homme de vingt-deux ans par suite d'une syncope provoquée par l'emploi du chloroforme. Dans les hôpitaux de Londres, pendant une période de vingt-six ans, on a chloroformisé 17,000 malades sans avoir un cas de mort; dans l'espace de six ans, sur 7,500 opérés, on compte six cas de mort par le chloroforme. Pendant la guerre de sécession, on compte 7 morts sur 80,000 chloroformisations.

J'ai pu relever, dans mes recherches statistiques, jusqu'à ce jour, 250 cas de mort par le chloroforme. Mais il faut tenir compte aussi des cas dans lesquels le chloroforme a pu être étranger à la cause de la mort. Quelques faits suffisent pour le prouver. Cazenave (de Bordeaux), sur le point de chloroformiser un malade, lui met, pour l'habituer, devant la bouche une compresse sans une goutte de chloroforme ; à la quatrième inspiration, le malade tombe en syncope et meurt. Simpson va opérer un malade d'une hernie étranglée ; il envoie chercher du chloroforme ; l'aide qui l'apporte laisse tomber le flacon qui se casse ; plus de chloroforme; l'opération est pratiquée sans anesthésie, et le malade meurt de syncope. On compte dix-neuf cas dans lesquels les malades sont morts avant d'avoir respiré 2 grammes de chloroforme. Il y a des cas où ils meurent véritablement sidérés par le chloroforme, dès les premières inhalations. M. Gosselin donne 10 grammes comme dose maniable ; dans la plupart des cas de mort, cette dose de 10 grammes n'a pas été atteinte.

Les causes de la mort par le chloroforme sont multiples et variables; tantôt c'est une syncope, tantôt une contracture, un spasme, une action réflexe du larynx sur le cœur ; la respiration s'arrête, le malade a une syncope et meurt. Il faut tenir compte des impressions morales vives, de l'influence de l'alcoolisme, des cœurs gras, etc. L'alcoolique meurt en se débattant, en pleine période d'agitation de l'anesthésie chloroformique. Il y a aussi la mort par asphyxie. On connaît l'histoire de ce dentiste ruiné, qui s'est suicidé avec sa femme et ses enfants en respirant, lui et les siens, dans une atmosphère chargée de vapeurs chloroformiques. On sait que la chloroformisation est un mode de suicide fréquent en Angleterre. Il y a aussi l'asphyxie déterminée par la rétrocession de la langue pendant l'anesthésie chirurgicale. On le voit, les causes de la mort par le chloroforme sont fréquentes et variées, mais la plus fréquente est la syncope.

J'opérai un matin, à Beaujon, un jeune homme de 22 ans; ce malade était à jeun ; je l'endormis moi-même ; il était atteint d'une fissure à l'anus; je lui fis la dilatation. Il fit un mouvement; sa face devint pâle, la respiration s'arrêta ; j'étais allé me laver les mains, et, quand je revins auprès de ce malade, il était mort, malgré les efforts qui avaient été faits pour le ranimer. Ce ne peut être qu'à une syncope déterminée par la douleur pendant l'anesthésie qu'a succombé ce malade, car, il faut bien le reconnaître, il y a souvent une douleur très vive pendant l'anesthésie ; les malades anesthésiés par le chloroforme sont dans l'état de ces hommes ivres sortant d'un banquet qui se réveillent le lendemain au poste sans se rien rappeler de ce qui est arrivé pendant la nuit.

En résumé, il faut admettre qu'il y a des causes multiples de mort dans l'anesthésie par le chloroforme, dont les unes sont dues au malade lui-même, dont les autres sont dues à des circonstances qu'on ne peut apprécier d'avance. Il n'y a pas plus de sécurité avec le procédé de M. Gosselin qu'avec les autres procédés.

La séance est levée.

Séance du 21 mars 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Onimus accompagnant l'envoi d'une note dans laquelle il relate un cas de contracture et de crampe déterminée par l'emploi des béquilles, conséquence beaucoup plus rare que la paralysie signalée par MM. Vulpian et Panas.

— M. Ernest Besnier présente, au nom de M. le docteur Emile Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, une brochure intitulée : *Du pityriasis circiné et marginé ; description de son mycoderme, le microsporon anomoon.*

M. Lasègue présente : 1o au nom de M. le docteur E. Pineau, une brochure sur l'*épidémie de suette miliaire* de l'île d'Oléron (Charente-Inférieure); 2o en son nom et au nom de M. Regnauld, une brochure intitulée : *Le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors des inhalations.*

— M. Regnauld, en son nom et au nom de M. Roas, lit une note intitulée : *Recherches sur la production de l'oxychlorure de carbone dans le chloroforme.*

L'oxychlorure de carbone (gaz oxychloro-carbonique, phosgène, etc.), résultant de la décomposition du chloroforme exposé à l'air et à la lumière, est le composé le plus dangereux qui puisse souiller cet anesthésique.

Avant d'étudier ses propriétés toxiques, MM. Regnauld et Roas ont voulu préciser les conditions de sa genèse dans le chloroforme.

Dans quelques expériences préliminaires, ils ont substitué à l'action lente de la lumière, l'influence plus rapide de l'électricité et de l'ozone. Voici leurs premiers résultats:

1o L'étincelle de la bobine de Rhumkhorf jaillissant dans un mélange de vapeur de chloroforme et d'air, donne immédiatement naissance à une grande proportion d'oxychlorure de carbone.

2o Lorsque dans un appareil à *effluve*, on fait circuler lentement de l'air saturé de vapeur de chloroforme, le chloroforme est détruit et forme un produit gazeux contenant surtout du phosgène, reconnaissable à son odeur suffocante intolérable et à sa transformation en carbonate et chlorure de baryum au contact de l'hydrate de baryte dissous.

3o Dans un récipient contenant une ampoule de verre pleine de chloroforme, on fait le vide, puis l'on introduit de l'air ozonisé par l'effluve; si on remplit alors l'ampoule, la vapeur du chloroforme se change en oxychlorure de carbone.

4o En présence de l'oxygène de l'air, le chloroforme se transforme en oxychlorure de carbone par le passage de l'étincelle et de l'effluve. De plus la production de phosgène est indépendante des phénomènes thermiques et électriques des deux premières expériences, puisqu'elle a lieu au simple contact de la vapeur de chloroforme et de l'air ozonisé.

5o Si, dans un appareil à effluve, on dirige un courant d'azote entièrement privé d'oxygène et mélangé de vapeurs chloroformiques, ce dernier se décompose, grâce à l'absence d'oxygène, aucune trace d'oxychlorure de carbone ne prend naissance.

On constate la formation de l'acide chlorhydrique et d'hydrocarbures remarquables par leur odeur intense et persistante, qui rappelle au plus haut point l'arome de plusieurs huiles essentielles appartenant au groupe $C_{10}H_{16}$.

Ces expériences seront continuées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

M. Gosselin, après avoir rappelé le point de départ et le but de sa communication, qui ont été perdus de vue par ses collègues, et avoir énuméré les différentes manières suivant lesquelles le chloroforme est administré par les chirurgiens, déclare que son but a été de faire connaître à l'Académie un mode d'administration qui a pour résultat de diminuer, et même de faire disparaître l'éventualité redoutable qui menace toujours certaines organisations intolérantes de l'action du chloroforme, intolérance que l'on ne peut prévoir d'avance et comme *a priori.*

Dans ce mode d'administration, qu'il a déjà fait connaître à plusieurs reprises, il y a trois choses principales que ses collègues ne lui paraissent pas avoir suffisamment comprises. La première, qu'il emprunte à ses prédécesseurs et surtout à M. Sédillot, est la progression des doses de chloroforme, en restant toutefois dans ce qu'il appelle les *doses moyennes*, si on les compare aux doses massives des uns et aux doses minimes que préfère M. Léon Labbé.

La seconde est, dès le début et pendant la durée de la séance, la substitution d'intermittences voulues, réglées, comptées même à la continuité des inhalations. Ces intermittences qui ne sont pas nouvelles, et que certains chirurgiens font, les uns intentionnellement, les autres sans le vouloir, ont eu pour principal promoteur et partisan convaincu M. Sédillot, comme il résulte d'un passage que M. Gosselin extrait des écrits de ce grand chirurgien.

Le troisième point capital de la méthode de M. Gosselin est la prescription formelle, donnée par avance à l'aide qu'il charge de l'anesthésie pendant l'acte opératoire, de ne pas donner de chloroforme tant que le malade est bien endormi, et de ne reprendre l'inhalation qu'après avoir constaté, par l'examen des yeux, que la pupille est moins serrée et que le réflexe palpébral commence à reparaître, en un mot de ne pas exagérer l'anesthésie, de l'entretenir seulement, de façon à ne pas permettre un réveil, même incomplet, tant que durera l'opération.

L'intention de M. Gosselin, en agissant ainsi, est de proportionner, pour le cas où le sujet appartiendrait à la catégorie de ceux dont les centres nerveux seraient par trop susceptibles, la quantité de chloroforme à cette susceptibilité, d'éviter la mort prématurée qui serait due à une sorte de surprise par l'arrivée trop brusque des vapeurs anesthésiques, et cette autre mort un peu plus éloignée du début des inhalations, qui serait due à la présence dans le sang d'un excès de ces vapeurs.

Avec ces intermittences, en un mot, il étend le précepte de Sedillot, admis par tout le monde, il gradue davantage la proportion de chloroforme, il laisse aux centres nerveux et à tous les organes le temps de s'habituer, et, à l'aide de cette imprégnation progressive, il remplace l'intolérance naturelle qui existait par une tolérance acquise, suffisante pour empêcher une catastrophe; il a l'avantage, en même temps, de diminuer les irrégularités qui, sans être aussi graves, n'en sont pas moins désagréables. M. Gosselin sait parfaitement qu'en agissant ainsi, il fait une chose inutile pour les sujets tolérants, mais il est sûr en même temps de ne rien faire de dangereux pour eux.

Après avoir répondu aux principales objections qui lui ont été faites, M. Gosselin ajoute :

« Mes contradicteurs disent tous qu'il est impossible de supprimer la mort par le chloroforme et qu'il faut se résigner à accepter cette victime exceptionnelle. Je ne me résigne pas et je repousse de toutes mes forces cette décourageante opinion qui émane de la doctrine de la fatalité en matière de résultats chirurgicaux.

« Si l'on ne trouve pas mon procédé suffisant, qu'on cherche jusqu'à ce qu'on ait trouvé mieux, mais qu'on ne s'abandonne pas au fatalisme et au découragement.

« On me reproche vivement d'avoir reproduit l'axiome de Sedillot, même en en modifiant les termes. Mes contradicteurs ne savent-ils pas que leurs objections à l'aphorisme se sont déjà produites en 1851, que Sedillot y a parfaitement répondu, et que le temps a complété la réponse.

« Quant à moi, je n'ai voulu critiquer et surtout accuser personne et l'aphorisme de Sedillot, dans sa bouche comme dans la mienne, n'est nullement accusateur. Je dis simplement : Je vous donne un procédé, il y en a et il y en aura peut-être d'autres ; cherchez le meilleur, et quand l'expérience aura confirmé mes prévisions, les jeunes d'aujourd'hui monteront à cette tribune et diront à nos successeurs : Nous avons aujourd'hui le moyen de donner l'anesthésie sans risquer de donner la mort. Ils proclameront bien haut

que Sedillot était dans le vrai et qu'il a bien mérité de la science lorsqu'il a publié cet aphorisme inoffensif qui a été si mal compris dans la discussion de 1882. »

M. TILLAUX, prenant rang à côté de M. Gosselin, intervient dans le débat par une courte improvisation qu'il résume lui-même dans les propositions suivantes :

Il faut faire des intermittences basées sur l'état du sujet, intermittences qui ne peuvent pas être mathématiquement réglées ou formulées.

La mort par le chloroforme est presque toujours le résultat d'une mauvaise administration.

Pour l'administrer, on doit préférer une compresse et recommander expressément à l'aide de ne pas s'occuper de l'acte opératoire.

Il faut suivre les progrès de l'anesthésie sur les centres nerveux, et pour cela se guider sur l'état de la parole révélé par l'interrogatoire du malade.

M. GOSSELIN a plusieurs fois assisté à des opérations pratiquées par M. Tillaux, et il a remarqué la façon dont ce chirurgien administre le chloroforme. Chaque fois que M. Tillaux verse du chloroforme sur la compresse, il a soin d'interposer sa main entre la compresse et les voies respiratoires du patient, de manière à réaliser ainsi un excellent procédé de chloroformisation intermittente.

M. TILLAUX reconnaît qu'en effet c'est bien là sa manière habituelle d'administrer le chloroforme.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Alfred Fournier sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit. *En première ligne* : M. Bucquoy; *en deuxième ligne*; M. Siredey; *en troisième ligne* : M. Lécorché; *en quatrième ligne* : M. Ball; *en cinquième ligne* : M. Cadet de Gassicourt; *en sixième ligne* : M. Ollivier. L'élection aura lieu mardi prochain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. LANNELONGUE lit un rapport à propos d'un travail de M. Terrillon et d'une observation de M. Reclus sur les fistules et dépressions congénitales de la région lombo-sacrée.

Depuis longtemps déjà on a décrit une dépression existant dans cette région; Féré en a publié neuf observations. Kühne en a aussi observé et a fait remarquer que cette dépression, quand elle existait, occupait toujours la ligne médiane au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, qu'elle était adhérente au rachis et qu'elle pourrait bien être le vestige d'un hydrorachis.

M. Lannelongue a fait lui-même des recherches à ce sujet, et il s'est attaché à savoir s'il existait une dépression centrale, quel était son signe anatomique, son origine et son influence sur les fistules de la région. Pour cela, il a examiné un grand nombre d'enfants et il a vu que suivant les sujets la rainure interfessière avait une grande différence de profondeur. Chez certains sujets, la partie supérieure de cette rainure est déviée d'un côté ou de l'autre.

Quant à la dépression dont il est question et que l'on rencontre assez souvent, elle peut exister en trois points différents : tantôt elle siège au niveau de la base du sacrum, tantôt au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, tantôt enfin à la pointe du coccyx. Jamais on n'en trouve au voisinage de l'anus. Cette dépression peut être constituée ou par une simple fossette, nu par un infundibulum, ou par une fistule. L'ouverture en est parfois assez large, le plus souvent très étroite.

Quant à sa fréquence, elle est assez grande, puisque sur 130 sujets examinés par M. Lannelongue, elle existait 95 fois. Sur ces 95 cas, 29 fois elle siégeait à la naissance de la rainure interfessière, 38 fois au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, et 28 fois au niveau de la pointe du coccyx.

Quant à l'origine de cette dépression, M. Lannelongue n'est pas de l'opinion de M. Terrillon, qui pense qu'elle serait l'analogue de l'ombilic antérieur, car s'il en était ainsi, la peau resterait en continuité avec le canal rachidien et l'on aurait un véritable spina bifida. Cette dépression se forme évidemment pendant la période embryonnaire, mais après la fermeture de la gouttière vertébrale; celle-ci est en effet de courte durée; il se fait alors une soudure des lames médullaires latérales, le feuillet épidermique n'est plus inclus et il adhère en arrière à ces lames. Plus tard apparaît la masse proto-vertébrale aux dépens de laquelle se formeot les vertèbres. La masse proto-vertébrale passe en arrière avec le canal vertébral et la lame épidermique. Le feuillet superficiel accolé plus tard au feuillet moyen conserve des rapports plus étroits entre le squelette, et cela expliquerait la formation des dépressions plus ou moins profondes qu'on y rencontre et la présence presque exclusive de cet état anatomique dans la région sacro-coccygienne.

M. HORTELOUP lit à ce propos un travail de M. Heurtaux sur l'infundibilum coccygien et la fistule paracoccygienne.

— M. SORMAY (de Ham) fait une communication sur un nouveau procédé pour l'opération du phimosis.

M. SÉE : Je n'admets pas le procédé décrit par M. Surmay, car il fait la section de la peau et celle de la muqueuse au même niveau ; or on a toujours recommandé de couper le moins de peau possible et d'enlever surtout la muqueuse.

M. HORTELOUP est du même avis que M. Sée.

M. VERNEUIL : Depuis plusieurs années, je ne fais plus d'opération sanglante pour le phimosis, je fais la dilatation, qui est une opération simple et qui donne de très bons résultats, et je crois que, dans l'immense majorité des cas, cette opération suffit.

M. LANNELONGUE : J'ai beaucoup opéré de phimosis et par l'opération sanglante on a quelquefois de mauvais résultats. Quelquefois il y a des récidives, d'autrefois il se fait un étranglement cicatriciel en arrière du gland qui se tuméfie et s'enflamme. Aussi, depuis plusieurs années, je renonce de plus en plus à ce procédé, pour employer la dilatation qui est préférable, à mon avis. Quelquefois seulement, il faut auparavant détruire des adhérences assez fortes qui existent entre la muqueuse et le gland.

M. ANGER : La dilatation est une excellente opération qui n'est contre-indiquée que dans les cas où il existe des indurations anciennes avec tissu cicatriciel au bout du prépuce.

M. MARJOLIN : La dilatation a de réels avantages sur l'opération sanglante, qui entraîne quelquefois de graves accidents. Mais dans certains cas l'ouverture du prépuce est si petite qu'il faut faire une dilatation progressive à l'aide de stylets très fins, jusqu'à ce qu'on arrive à livrer un libre passage à l'urine, qui est quelquefois retenue.

M. DESPRÈS : J'ai toujours employé le procédé décrit dans le livre de Celse, et qui est le procédé des prêtres juifs, et je n'ai jamais eu d'accidents ni de récidive, tandis que j'ai vu un cas de récidive chez un sujet opéré par la dilatation.

M. SÉE : Le procédé qu'emploie M. Després donne des résultats déplorables au point de vue esthétique.

— M. DESPRÈS présente un malade auquel il a enlevé, il y a une année, la maxillaire supérieure pour faire l'ablation d'un énorme polype nasopharyngien avec prolongement multiple. Il n'a pas pu enlever complètement la tumeur, mais depuis cette opération il a cautérisé le pédicule, et les accidents ont disparu; le malade n'a plus d'hémorrhagie et tout fait supposer que ce qui reste du polype est en train de subir la transformation fibreuse.

M. LANNELONGUE : Je ne crois pas que l'on puisse être autorisé à dire que ce malade soit guéri ou en voie de guérison, car il a encore dans la gorge des tumeurs assez volumineuses et rien ne fait soupçonner la transformation fibreuse chez ce malade.

— M. LABBÉ présente, au nom de M. Chardin, un nouveau modèle de galvanocautère.

H. BASTARD.

BIBLIOGRAPHIE

Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire, par M. Jaccoud, professeur de la Faculté de médecine de Paris (1881).

Le nouveau livre de M. Jaccoud, dont on attend la seconde édition, est une œuvre aussi remarquable par la solidité du fond que par le charme et l'éclat du style; de tous les écrits, déjà si nombreux de ce maître, je n'en connais aucun qui lui fasse plus d'honneur.

Ce n'est pas qu'il ne puisse se trouver des contradicteurs, car les préférences marquées et raisonnées de telle station climatérique sur telle autre station, par exemple, provoqueront peut-être des objections. Nous les lirons et nous pèserons les arguments qu'on opposera aux affirmations de M. Jaccoud. Mais, en attendant, la portée du nouveau livre du professeur de la Faculté de Paris est considérable, car, sur plusieurs points, et des plus importants, la pratique courante et les habitudes thérapeutiques des médecins sont condamnées avec d'autant plus de rigueur qu'elles sont plus invétérées et, selon M. Jaccoud, plus dangereuses.

Il fallait une grande conviction, bien sûre d'elle-même, pour inspirer les chapitres du traitement de la phtisie par les eaux thermales et par l'aérothérapie. Si M. Jaccoud n'avait pris soin de visiter lui-même les nombreuses stations qu'il apprécie, qu'il juge et classe avec tant d'autorité, si les bases de son jugement n'étaient pas fondées sur une observation personnelle, on pourrait se prendre à douter devant certaines affirmations qui semblent de véritables hardiesses thérapeutiques.

Mais les faits sont là, probants, présentés avec toutes les garanties d'une recherche scientifique rigoureuse, et ils entrent dans l'esprit du lecteur, séduit et convaincu.

M. Jaccoud commence par un exposé de la doctrine *uniciste* ou *dualiste* de la tuberculose pulmonaire, et, s'appuyant sur les travaux modernes de l'École française, qu'il apprécie avec une haute courtoisie, il abandonne la dualité pour se prononcer en faveur de l'unité de la phtisie.

Quelques-uns pourraient croire à l'inanité de ce qu'on appelle le principe ou la doctrine sur la thérapeutique usuelle; mais, outre qu'ils méconnaîtraient ainsi et l'esprit humain et l'histoire même de la médecine, ils prouveraient qu'ils n'ont pas suffisamment réfléchi à ce que peut contenir une doctrine *basée sur une observation rigoureuse des faits.*

M. Jaccoud a tiré un merveilleux parti des opinions actuellement régnantes, et qui sont un retour partiel aux idées de Laënnec. Il accepte les formes anatomiques diverses du tubercule, qu'il considère toujours comme présent, même dans les pneumonies dites caséeuses à évolution rapide; mais il proclame la dualité, on pourrait dire la multiplicité des formes cliniques en rapport avec telle ou telle évolution du tubercule.

Je dis que les idées actuelles ne sont qu'un retour partiel à la doctrine de Laënnec. Ce serait en effet une faute de croire que les recherches microscopiques de ces dix dernières années n'ont fait que renverser des erreurs d'autres histologistes pour revenir purement et simplement à Laënnec. La conception unitaire du médecin français a été réhabilitée, c'est vrai, et nous savons que, quelle que soit sa forme clinique, la tuberculose pulmonaire a toujours le même représentant anatomique : le tubercule. Mais là s'arrête le retour à la doctrine de l'unité; sur tous les autres points, non seulement nous différons de Laënnec, mais souvent nous lui sommes opposés.

Non seulement, en effet, nous connaissons beaucoup mieux l'évolution du tubercule, ses phases de développement et ses diverses formes anatomiques, mais nous savons surtout que si l'évolution caséense est malheureusement la plus commune; cependant tout tubercule, quel qu'il soit, porte en germe une évolution de guérison, la sclérose. Celle-ci est donc une des tendances *naturelles* du tubercule, et, sous ce rapport encore, la loi que j'ai posée, et que M. Jaccoud me fait l'honneur de citer, diffère beaucoup de l'opinion de Bayle et de Cruveilhier, qui connaissaient les tubercules fibreux sans doute, mais les considéraient comme un hasard de guérison.

Nous admettons donc un même tubercule ayant diverses formes anatomiques : gros, petit, mou, dur, qui correspondra généralement, au moins dans les cas types, aux diverses formes morbides; mais nous disons que ce tubercule peut évoluer naturellement et par le seul développement des éléments qui le constituent, ou dans le sens de la caséification ou dans le sens de la sclérose.

Et nous ajoutons enfin que le médecin est quelquefois très puissant pour provoquer et favoriser le processus fibrogène, c'est-à-dire la guérison. Nous arrivons, comme on le voit, à l'opposé du fatalisme de Laënnec.

D'un autre côté, nous ne retombons point dans l'erreur allemande de traiter, comme un processus purement inflammatoire, les pneumonies dites caséeuses, car nous savons que l'hypotrophie constitutionnelle (Jaccoud) domine l'état local.

L'anatomie pathologique vient donc servir admirablement la thérapeutique en éclairant la direction des médecins entre le double écueil de l'unité *fataliste* et de la dualité.

Voilà ce que dit à son tour M. Jaccoud, et je ne saurais trop le remercier d'avoir prêté l'appui de son talent à ce que je crois être la bonne doctrine.

Quels sont donc les moyens dont nous disposons pour *scléroser* les tubercules déjà formés et pour arrêter la formation des tubercules nouveaux? Au lieu de chercher un médicament-panacée, M. Jaccoud montre que toute thérapeutique qui tend à relever le niveau des forces, à ramener la nutrition et l'assimilation, produit *à la longue* ce double effet. Or, c'est l'aérothérapie, l'hydrothérapie, l'alimentation, qui sont les facteurs les plus sûrs et les plus prompts de ces relèvements; il leur donne donc, et c'est légitime, la première place.

M. Peter a récemment posé les mêmes principes généraux, et tous les médecins sont aujourd'hui ou seront demain, je l'espère, d'accord sur ce point capital. Tout soupçon, toute possibilité même de tuberculose pulmonaire dicte impérieusement au médecin le devoir d'imposer un traitement prophylactique. « Cette période germinative du tubercule, dit M. « Jaccoud, est celle de l'action médicale puissante et fé« conde. » Rien n'est plus vrai, et malheureusement, malades et médecins négligent souvent de prendre les mesures nécessaires pour conjurer la phthisie menaçante.

Les indices d'opportunité du traitement prophylactique sont cependant nombreux. Le fait d'une hérédité possible, d'une débilité constitutionnelle innée, d'une scrofule ganglionnaire (laquelle est déjà une tuberculisation locale pour beaucoup d'auteurs), une pleurésie qui traîne, la rougeole, la coqueluche, une ou plusieurs hémoptysies, suffisent pour légitimer les ordres formels des médecins et la docilité du malade. Mais s'il existe

quelques signes propres à l'individu, l'habitus extérieur, une anémie rebelle avec dyspepsie, certaines conformations du thorax et une diminution réelle et constatée de la force respiratoire, le traitement prophylactique est de toute rigueur.

Que doit être ce traitement protecteur ou aguerrisseur? M. Jaccoud n'hésite pas à proclamer pour tous les cas, à cette période prémonitoire de la maladie, la supériorité de la méthode de l'aguerrissement. Son *efficacité* est *illimitée*, dit-il, et s'il faut constater de nombreux insuccès, c'est que trop souvent elle arrive trop tard, ou que l'argent, le temps, la docilité font défaut à son application rigoureuse et prolongée.

M. Jaccoud préconise en premier lieu l'hygiène, c'est-à-dire l'habitation confortable, aérée et exposée au soleil, le vêtement chaud, le régime alimentaire tonique et varié, appuyée sur une hydrothérapie savamment proportionnée aux forces et à la réaction de l'individu; puis les longs voyages sur mer et l'aérothérapie, surtout celle des climats de montagnes ou hautes altitudes, de beaucoup supérieure à l'aérothérapie partielle et temporaire des appareils à air comprimé.

Les médicaments appropriés à chaque cas particulier, préparations ferrugineuses, huile de foie de morue, arsenic, iode, lait, et enfin les vésicatoires volants répétés, seront employés concurremment, mais M. Jaccoud ne leur donne que la seconde place et dit que le traitement prophylactique par les modificateurs naturels des forces, s'il est bien et longtemps appliqué, doit suffire dans la plupart des cas.

Dr J. GRANCHER.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE.—Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Aimé Martin, médecin de Saint-Lazare, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire temporaire d'Ivry. Le *Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes*, qu'il a fait en collaboration avec M. Belhomme, et dont la seconde édition a paru en 1876, avait acquis à notre confrère une juste notoriété dans cette branche de la médecine. Il a succombé, à l'âge de 46 ans, aux suites d'une longue et douloureuse maladie, laissant de profonds et unanimes regrets parmi tous ceux qui l'ont connu.

— Un autre distingué confrère, M. de Vauréal, vient de mourir, jeune encore (47 ans), à Ajaccio, où il était allé demander à un climat plus doux un soulagement à son état de souffrance.

*
**

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Un concours pour huit places d'aides d'anatomie s'ouvrira le 22 avril 1882, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à y prendre part. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de dix heures du matin à quatre heures du soir, tous les jours, du 25 mars au 17 avril 1882 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1882; leur temps d'exercice expirera le 12 octobre 1885.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie. 7, rue Rochechouart. Paris.

Agriculteur et Médecin.

« Le phénomène complexe de la nutrition, a dit un de nos plus illustres savants contemporains, est ce que le médecin praticien doit incessamment étudier. Il n'y a pas d'autre thérapeutique rationnelle que d'activer ou de ralentir la nutrition histologique. Toutes les maladies ne sont en dernière analyse, que des perturbations nutritives. La médecine ne fera de progrès réels que lorsque toute l'attention des médecins sera tournée du côté de la nutrition et des principes immédiats au moyen desquels elle a lieu. »

En présence de l'abaissement progressif du niveau des forces physiques des générations actuelles, que l'on ne peut nier; quand on voit l'anémie s'étendre et augmenter malgré les quantités fantastiques de ferrugineux qu'absorbent les malades, il devient de plus en plus urgent de rechercher les causes de ce phénomène et d'en combattre les effets. Pour nous, qui avons déjà consacré plus de dix années à cette étude, les causes de cette grave situation sont doubles; d'un côté, par le travail et les plaisirs, nous dépensons beaucoup; d'autre part, les qualités nutritives de la chair des animaux qui servent à notre alimentation diminuent de plus en plus par les pratiques vicieuses de l'élevage et le gavage des animaux immobilisés. En un mot, nous dépensons plus que nous ne gagnons. Est-il étonnant que nous fassions de mauvaises affaires, physiologiquement parlant? L'analyse nous a démontré que les éléments qui font surtout défaut et, par leur insuffisance, occasionnent tous ces désordres, ce sont les phosphates.

— Quand, dans les dernières années de sa trop courte existence, Cl. Bernard, étudiant les phénomènes de la vie commune aux végétaux et aux animaux, posait ces admirables conclusions: *Les plantes et les animaux se nourrissent de la même manière, mais vivent différemment*, cela pouvait sembler paradoxal, au premier abord. Mais si l'on sépare l'élément vivant de la plante, le *protoplasma*, de son substratum, le ligneux, et si on le rapproche de celui des animaux, on voit qu'ils ont une composition identique. D'ailleurs, si la plante crée de toutes pièces son protoplasma au moyen d'éléments minéraux qu'elle emprunte au monde extérieur (air et terre), l'animal n'emprunte-t-il pas le sien tout formé à la plante? Mais, tandis que la matière vivante est disséminée dans le végétal, elle est condensée dans l'animal.

Le protoplasma est primitivement amorphe, mais consécutivement il subit une transformation morphologique; il donne naissance à l'élément primaire, la cellule. C'est alors que les phosphates se groupent dans ces éléments pour lui donner sa forme et sa solidité. L'importance des phosphates est telle, pour la constitution des éléments vivants, que sans eux ils ne se formeraient pas; M. Pasteur l'a démontré par la culture de la levure de bière, en établissant que sans acide phosphorique elle ne pouvait pas croître. L'agriculteur le prouve aussi chaque jour, d'une autre manière, par l'emploi croissant des phosphates; l'expérience ayant prouvé que la vitalité des plantes est proportionnelle à la somme d'acide phosphorique assimilé.

Ainsi l'agriculteur, dans le but d'augmenter sa récolte, donne aux plantes, sous forme d'engrais, des phosphates ou plutôt de l'acide phosphorique soluble, afin qu'elles puissent l'assimiler en lui donnant la forme qui leur convient et cela malgré l'immense quantité d'acide phosphorique que le sol renferme, mais à l'état insoluble.

Le médecin, appelé à surveiller les grands actes physiologiques, doit, lui aussi, les aider par l'administration des phosphates, parce que la cellule animale en exige une plus grande somme et que les aliments les fournissent en quantité tout à fait insuffisante.

Mais ici, nous nous heurtons à un engouement qui n'a rien de scientifique. Les commerçants ingénieux, exploitant habilement les pratiques agricoles et la composition des déchets de la nutrition, prétendent faire du phosphate de chaux le pivot de la nutrition. Ils affirment qu'il va se condenser dans les os, pour de là être dynamisé par tout l'organisme. C'est une erreur qu'il est temps de faire cesser. Le phosphate de chaux est inutile, parce que le sang n'en renferme et n'en peut charrier que de très minimes quantités (le phosphate de chaux constituant de l'organisme, étant formé par lui de toutes pièces), il peut être nuisible en s'opposant à l'osmose intestinale ou en formant dans les vaisseaux des encroûtements calcaires.

Chez l'homme et les animaux, la nutrition s'opérant par l'intermédiaire du sang et principalement des globules, la médication reconstituante doit avoir pour but et pour effet de fournir au sang les éléments qui lui font défaut, c'est-à dire les trois phosphates hématiques de potasse, de soude et de fer. Ces trois phospates se trouvent réunis dans la préparation appelée *Fer hématique L.-J. Michel*. Le phosphate de fer, insoluble par lui-même, y est solubilisé dans un milieu alcalin que ne peuvent modifier ni les acides de l'estomac, ni les alcalis intestinaux; c'est dire qu'il est réellement assimilable. Le *Fer hématique* se prend à la dose d'une cuillerette, à chaque repas, dans le premier verre de boisson.

JOLLY.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 13 1er AVRIL 1882.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odeon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 30 mars 1882.

ETUDE EXPÉRIMENTALE DU MÉCANISME DE LA MORT DANS L'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME.

Nous disions, dans une précédente revue, que, jusqu'à ce jour du moins, la discussion actuellement pendante devant l'Académie de médecine sur les accidents de la chloroformisation, dénotait, de la part des chirurgiens, des notions peu précises sur la cause immédiate ou le mécanisme de la mort observée durant l'anesthésie, et nous ajoutions que c'était à la physiologie expérimentale de fournir sur ce point des éclaircissements à la chirurgie. M. Vulpian est venu à la tribune mardi dernier répondre à cet appel et combler ce désidératum. On lira plus loin l'analyse de son importante communication ; nous n'en relèverons ici que les points principaux.

Il est permis, tout d'abord, d'être surpris de voir, dans les expériences de laboratoire sur les animaux, l'éther préféré au chloroforme, parce qu'il est moins dangereux, tandis que, pour les opérations pratiquées sur l'homme, on continue généralement de donner la préférence au chloroforme. On pourrait répondre, par analogie, que la loi Grammont a précédé de plusieurs années la loi Roussel. Mais nous croyons que les chirurgiens français, ou plus spécialement les chirurgiens parisiens, ont de meilleures raisons à donner pour justifier le choix de leur anesthésique habituel. On peut aussi ajouter que, eu égard au danger comparatif de tel ou tel anesthésique, on n'est pas autorisé à conclure absolument des animaux à l'homme. C'est ainsi, par exemple, que, d'après M. Vulpian, le chloroforme serait plus dangereux chez les animaux jeunes ou chez les femelles que chez les adultes ou chez les mâles ; or, nous ne sachons pas, en ce qui concerne l'espèce humaine, que les enfants et les femmes aient payé aux accidents dont il s'agit un plus large tribut que les hommes ; ce serait plutôt le contraire qui semblerait ressortir des statistiques.

L'expérimentation a démontré un fait qu'il était d'ailleurs facile de concevoir, c'est que, dans toute anesthésie, le bulbe est atteint en même temps et au même titre que les autres parties des centres nerveux : il offre seulement plus de résistance que celles-ci aux effets de l'agent anesthésique. Que cette résistance soit vaincue par l'administration d'une dose plus forte de la substance, ou qu'elle cède soit par suite de conditions inhérentes au sujet, soit par la transmission au bulbe de l'excitation due au traumatisme opératoire, la mort survient. On voit par là que si le mode d'administration de l'anesthésique joue un rôle important, capital même dans la prophylaxie des accidents, ce rôle n'est pas absolument exclusif. On ne doit pas moins chercher à perfectionner chaque jour, comme le veut M. Gosselin, la technique de la chloroformisation. A ce point de vue, la communication de M. Jules Guérin présente un réel intérêt.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

La médecine et le budget administratif. — Syndicats médicaux et relations confraternelles. — Troubles à la Faculté de Lyon ; médecins et pharmaciens. — Protestation des agrégés lyonnais en faveur d'une de leurs prérogatives, la suppléance des professeurs.

Bon nombre de nos confrères n'ont pas manqué, sans doute, de monter sur leur grand cheval de bataille à propos d'un arrêté du préfet de police, réglant la composition du personnel de la Morgue et fixant les appointements des divers employés de cet établissement.

On a fait remarquer avec indignation que le médecin inspecteur était *coté* trois fois moins cher que le commis greffier, et que le médecin adjoint ne touchait que la moitié du traitement attribué au garçon de service.

Raisonnons un peu, cependant... Le médecin inspecteur ne fait-il qu'inspecter la Morgue ? Et le médecin adjoint, combien d'heures passe-t-il dans cet établissement ? N'ont-ils pas l'un et l'autre le temps de compenser, par des occupations plus lucratives, l'insuffisance de leur traitement ?

On sait combien peu l'Assistance publique rémunère le service des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et néanmoins les concours du bureau central sont de plus en plus suivis. On se dispute l'honneur d'être admis dans cette phalange si justement estimée. Qui donc y aspire pour le traitement qu'il recevra ? Il n'en est aucun, que je sache.

Par contre, tous savent qu'il leur suffira d'ajouter à côté de leur nom un titre qu'ils ont eu tant de peine à conquérir, pour avoir le droit d'exiger de la clientèle de la ville des honoraires plus sérieux. Ce sont les malades riches qui paieront pour les pauvres, et l'on ne saurait blâmer l'administration des hôpitaux, avant tout institution de bienfaisance, de profiter de cette situation pour faire soigner par les maîtres en médecine les indigents et les délaissés de la fortune.

Mais tous les services publics ne rapportent pas, comme celui de

La mort, d'après les expériences de M. Vulpian, arrive par syncope respiratoire ou par syncope cardiaque. Le second genre de mort, heureusement plus rare que le premier, est presque toujours fatal. On peut généralement triompher de la syncope respiratoire en pratiquant durant un temps suffisamment long la respiration artificielle. Cette double notion a une grande importance pour le chirurgien. Elle montre d'abord avec quel soin il faut examiner l'état du cœur chez les futurs opérés, une affection de cet organe prédisposant tout naturellement à la syncope cardiaque, l'accident le plus grave de l'anesthésie. Elle apprend ensuite que contre l'autre accident, la syncope respiratoire, on peut lutter avec succès, mais à la condition de joindre l'énergie à la persévérance dans l'application du moyen indiqué. L'intervention de la physiologie dans le débat, que nous avions réclamée, est venue ainsi éclairer à la fois le côté scientifique et le côté pratique de la question.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE MÉDICALE

De la paralysie pseudo-hypertrophique.

Leçon de M. le professeur Damaschino, à l'hôpital Laënnec, recueillie par M. G. Variot, interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Messieurs,

Les hasards de la clinique ont conduit dans notre service une jeune fille de vingt ans, offrant le type bien caractérisé d'une affection que vous aurez assez rarement l'occasion d'observer dans les hôpitaux d'adultes.

Le diagnostic, à dire vrai, n'a pas présenté de réelles difficultés : la malade se plaignait en effet d'une grande faiblesse dans les membres et plus spécialement dans les jambes ; il nous a suffi de la découvrir pour constater qu'à cette faiblesse correspondait un développement anomal et considérable des masses musculaires, notamment au niveau des mollets : la coexistence de ces deux symptômes, parésie et augmentation de volume des muscles, nous a fait immédiatement reconnaître la maladie à laquelle Duchenne, de Boulogne, a imposé le nom de paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique et que M. le professeur Jaccoud a proposé d'appeler sclérose musculaire progressive; je préférerais la dénomination de scléro-lipomatose musculaire progressive, qui a l'avantage de comprendre les deux éléments du processus morbide, et qui le différencie immédiatement des autres altérations du même ordre.

C'est à Duchenne, il serait injuste de l'oublier, que nous devons les recherches les plus remarquables sur ce sujet : il a commencé à recueillir, dès l'année 1838, un bon nombre d'observations qu'il a successivement publiées en 1861 dans la seconde édition de son traité de l'électrisation localisée et surtout dans son grand travail inséré en 1868 dans les Archives de médecine. Avant même d'avoir pu assister à aucune autopsie, en se servant seulement de l'emporte-pièce histologique ou harpon musculaire qu'il avait perfectionné, il put étudier au microscope les principales lésions qui donnent naissance à cette apparente hypertrophie des muscles. Je tiens d'autant plus à insister sur ce point, que Leyden, dans son excellent *Traité des maladies de la moelle*, méconnaît la priorité qui appartient sans conteste à Duchenne. D'après Leyden, c'est Griesinger qui « le premier a tracé les principaux caractères de cette maladie. » Or le travail de Griesinger n'a paru qu'en 1865, quatre ans après le premier mémoire de Duchenne : l'écart entre les dates de publication des deux auteurs est trop grand pour qu'une discussion quelconque soit possible sur cette question de priorité.

Avant de vous exposer en détail les symptômes présentés par notre malade, il importe que je vous fasse connaître quels ont été chez elle le début et l'évolution des divers phénomènes morbides. Les renseignements que nous avons pu recueillir à ce sujet sont d'une précision extrême : la jeune D. n'apprit à marcher que fort tard, vers l'âge de deux ans seulement; j'ajoute que, de très bonne heure, on put remarquer chez l'enfant une attitude toute particulière ; quand elle se tenait debout, ses reins étaient, nous dit sa sœur, « fortement cambrés et sa poitrine un peu bombée. » Elle se dandinait en marchant; il ne lui était pas possible de courir comme les autres enfants de son âge ; enfin elle était embarrassée au moindre obstacle et ne pouvait monter qu'à grand'peine les marches, même basses, des escaliers. Il semble cependant que ses membres inférieurs n'aient rien présenté d'anomal jusque vers l'âge de dix à douze ans. A cette époque seulement, on put s'apercevoir que les jambes devenaient plus volumineuses et en même temps leur faiblesse ne faisait que

l'Assistance publique, honneur, gloire, et consécutivement profit. Il est même certain que la plupart des fonctions administratives occupées par les médecins ont une rémunération dérisoire ; mais à qui la faute, et comment en serait-il autrement quand les plus modestes de ces fonctions rencontrent toujours des solliciteurs qui se les arrachent.

Sont-ils véritablement bien venus ces vaccinateurs, ces inspecteurs des maisons d'école, ces inspecteurs de nourrices, etc., à se plaindre de ce que le gouvernement exploite leurs services : qui donc les leur impose?

N'est-il pas évident que le jour où les préfets, au lieu d'être implorés de toutes parts et tiraillés en tous sens, auront de la peine à recruter leur personnel sanitaire, ce jour-là, nos confrères verront se relever le niveau de leur situation. Ils auront alors le droit de poser des conditions.

Aujourd'hui, c'est une véritable course au clocher pour les fonctions officielles. Si elles rapportent peu, on s'en fait un titre pour obtenir des récompenses du gouvernement, médailles, croix, palmes académiques, etc.

Les travaux antérieurs, les titres scientifiques, la valeur réelle des hommes n'entrant pour rien dans la répartition de ces places : la faveur ministérielle ou préfectorale fait tout. Le mieux noté en politique, le plus habile l'emporte sur ses concurrents.

Le remède à une pareille situation se trouve dans une compréhension plus exacte et plus complète de la dignité professionnelle. C'est en respectant nos confrères et en nous respectant nous-mêmes que nous mériterons la considération de nos administrateurs et de nos gouvernants.

***

N'est-ce pas Hobbes qui avait lancé cette assertion désolante : *Homo homini lupus*? Hélas ! trop de nos confrères donnent raison par leur conduite au philosophe anglais.

Au lieu de s'entredévorer, qu'ils se prêtent assistance, qu'ils cherchent à s'entendre, à faire un faisceau bien lié de leurs efforts et de leurs revendications. Et la corporation médicale ne tardera pas à occuper la position sociale qu'elle mérite à tant d'égards.

Justement, voici qu'un peu partout nos confrères commencent à reconnaître qu'ils font un métier de dupes en tirant les uns sur les autres. De tous côtés des syndicats se constituent. Mais que

s'accroître. A ce moment on eut recours à l'électro-thérapie, puis une saison de bains de mer fut prescrite; une amélioration légère parut se produire à la suite de ce traitement, mais en réalité les forces ne revinrent pas, malgré la reprise des séances d'électricité. C'est alors que les parents de la malade prirent le parti de venir consulter à Paris.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, on est frappé, dès le premier examen, par l'attitude et la démarche de cette jeune fille. Lorsqu'elle se tient debout, si on l'examine de profil, on voit qu'elle présente un développement tout à fait insolite des masses musculaires de la région fessière, de la cuisse, de la jambe et tout spécialement des muscles gastro-cnémiens. De plus, au niveau du dos et des lombes, la colonne vertébrale offre une forte concavité postérieure, une véritable ensellure lombaire qui constitue une lordose très prononcée. La partie supérieure du tronc, la tête, sont fortement portées en arrière, de telle sorte qu'une ligne verticale partant des épaules passe derrière le sacrum. Duchenne a expliqué cette déformation, qu'il a souvent notée, par la paralysie des muscles longs du dos dont l'impotence, malgré leur apparente hypertrophie, n'est pas moindre que celle des muscles des jambes. N'oubliez pas d'ailleurs qu'une lordose tout aussi accentuée peut tenir à la paralysie des muscles abdominaux antérieurs, lesquels, vous le savez, sont fléchisseurs du tronc. Je fais passer sous vos yeux des projections empruntées à l'*Atlas photographique* de Duchenne (de Boulogne) : vous voyez que chez ces deux sujets la lordose est très prononcée; mais chez l'un (un homme), elle est produite par l'atrophie des muscles spinaux lombaires : aussi un fil à plomb tombant de l'extrémité postérieure des vertèbres dorsales passe-t-il plusieurs centimètres en arrière du sacrum, tandis que chez l'autre malade (une femme) la lésion atrophique atteint les muscles de la paroi abdominale; dans ce cas, le corps, pendant la station debout, est fortement ramené en avant par la flexion des fémurs sur le bassin : la ligne de gravité correspond alors au milieu même du sacrum.

Si nous comparons maintenant à ces photographies celle de notre malade, vous voyez immédiatement que l'ensellure se montre chez elle avec les caractères qu'elle présente chez l'homme atteint d'atrophie des muscles du dos; vous reconnaissez tout de suite qu'il doit exister et il existe effectivement chez la jeune D*** une impotence des masses sacro-lombaires.

La démarche de cette jeune fille n'est pas moins digne de votre attention que son attitude; chez elle, la progression se fait très lentement, et encore faut-il que les pieds soient tenus très écartés l'un de l'autre. A chaque pas, le tronc doit s'incliner fortement sur la jambe qui supporte le poids du corps, tandis que l'autre jambe est projetée en avant; il en résulte un véritable dandinement qui constitue l'un des signes importants de cette affection. Lorsque cette jeune fille doit franchir un obstacle, même fort peu élevé, tel qu'un trottoir ou une marche très basse d'escalier, ce balancement du tronc est encore exagéré et néanmoins, pendant ces divers mouvements, le pied, suffisamment soulevé, traîne sur le sol, malgré des efforts répétés; il en résulte une usure toute spéciale des chaussures au niveau de l'extrémité des semelles.

Après avoir fait étendre la malade à terre, si on l'invite à se relever, il lui faut employer un véritable artifice pour y parvenir : elle commence par s'appuyer sur les genoux et sur les mains, les jambes en flexion, prenant ainsi la position que les enfants, dans leurs jeux, appellent à quatre pattes; puis les jambes sont ramenées dans l'extension, le siège étant fortement remonté en même temps que les bras sont tout à fait allongés. A ce moment, la malade, prenant successivement avec chacune de ses deux mains un point d'appui sur la jambe, puis le genou et la cuisse, parvient à se relever après de grands efforts et en faisant en quelque sorte glisser ses mains le long de ses membres inférieurs. Vous trouverez, dans le très intéressant travail de Gowers, publié en 1879, des dessins à demi-schématiques, mais fort exacts, qui, mieux que toute description, vous permettent de comprendre les différents temps que je viens de vous faire connaître (1). Enfin, lorsque la malade est assise sur son lit, il suffit de la pousser du bout du doigt pour lui faire reprendre le décubitus dorsal et il lui devient dès lors impossible de s'asseoir sans se servir de ses deux mains et sans se placer sur le côté pour trouver un point d'appui plus solide.

(*A suivre.*)

(1) Gowers, *Pseudo-hypertrophic muscular paralysis*, London, 1879, p. 35.

---

de villes, que de centres populeux où cette union des médecins sera rendue difficile !

Sans doute, il faut laisser disparaître ou du moins tomber en minorité impuissante les médecins qui ont pris d'autres voies et qui ne sauraient plus reculer. La mort en aura raison.

En attendant, nos Facultés devraient, sinon créer une chaire spéciale de déontologie médicale où l'on enseignerait au futur médecin à être avant tout l'esclave des convenances confraternelles, du moins obliger les professeurs à prêcher d'exemple, et, par leur propre conduite, à inspirer aux élèves le respect de leurs maîtres et de leurs aînés.

***

A Lyon grand tumulte dans la jeune Faculté mixte de médecine et de pharmacie. Un agrégé, chargé de cours, et qui sait fort bien tenir la plume, a témoigné ostensiblement des préférences marquées pour les sciences physico-chimiques que les médecins considèrent comme des sciences accessoires.

Sans doute la pharmacie s'appuie sur des faits d'ordre indiscutable, tandis que la médecine, science beaucoup plus complexe, est loin d'être arrivée au degré de certitude dont la chimie se montre fière. Mais était-ce une raison pour jeter le brandon de la discorde entre deux camps qui ne sauraient être ennemis?

Cependant les étudiants en médecine ont été piqués au vif, et les futurs pharmaciens se sont hâtés de prendre feu à la suite de leur champion.

Vulcanus ardens urit officinas (1).

Le doyen de la Faculté mixte n'a pas été écouté.
Heureusement, ce n'était qu'un feu de paille.
Tout est rentré dans l'ordre.

***

Dans cette même Faculté de Lyon, un autre incident s'est récemment produit. Seulement, dans ce cas, la protestation n'est pas partie des élèves, mais bien des agrégés. Le professeur de physiologie ayant demandé un congé, le ministre de l'instruction publique chargea d'office le professeur de physiologie de la Faculté [illegible]

(1) Hor. Flac. Carm. lib. 1, IV.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'OCCLUSION INTESTINALE, par le docteur GILBERT TRAPENARD (de Gannat).

Suite. — Voir le numéro 9.

OBS. IV. — Homme de 58 ans pris en janvier 1874, depuis deux jours, de coliques intenses, vomissements persistants, arrêt des matières, traité par l'injection de morphine de 1 centig.; tympanisme énorme traité par la ponction capillaire de l'intestin qui donne issue à des gaz et un peu de matière liquide; le lendemain, calme, purgatif, évacuation, guérison.

OBS. V. — A. C., revenant la nuit du 10 janvier 1875, en voiture découverte, par un froid très vif, 8 degrés, est pris à son arrivée de douleurs abdominales terribles, vomissements incessants, mains froides, pouls misérable. Injection de 1 centig. de morphine, limonade gazeuse à la glace par petites cuillerées.

Le 11, la morphine est tolérée par la bouche; un peu de calme, toujours arrêt de matières.

Le 12, morphine, lavement de séné, 10 grammes; sulfate de soude, 30 grammes.

Le 13, quelques vents, quelques nausées. Lavement :

Huile de ricin...... 30 grammes.
Huile croton...... 1 —

Eau-de-vie allemande, 16 gr.; évacuations liquides abondantes.

Cette observation est le type le plus fréquent.

OBS. VI. — 19 février 1875. Homme de cinquante ans pris de coliques, vomissements, arrêt de matières. Injection de morphine. Opiacés, purgatif le troisième jour, évacuations, guérison.

OBS. VII. — Le 1er août 1876, femme de soixante-deux ans. Vomissements, coliques atroces; soulagement par l'injection de morphine; la malade s'adresse à un autre médecin et meurt huit jours plus tard. J'ignore quelle médication a été employée.

OBS. VIII. — Femme de soixante-six ans; le 20 décembre 1876: Coliques, arrêt des matières, météorisme; vomissements continuels. J'ordonne lavements laudanisés qui permettent l'administration de pilules opiacées belladonées; le 30, un lavement purgatif énergique amène la débâcle; guérison.

OBS. IX. — 20 juin 1877, homme de trente ans. Coliques, vomissements, arrêt des matières. Injection de morphine; calme dans la nuit. Le lendemain, huile ricin et huile croton, évacuation; guérison.

OBS. X. — Le 17 août 1877, homme de vingt-huit ans. Coliques, arrêt des matières, opiacés pendant deux jours; le 19, purgatif; guérison.

OBS. XI. — 17 avril 1878, femme de cinquante ans. Douleurs violentes, arrêt des matières datant de trois jours, vomissements brunâtres, liquides; morphine pendant deux jours; purgatif, guérison le cinquième jour.

OBS. XII. — Juillet 1878, ouvrier peintre avec ses coliques caractéristiques, douleurs violentes. Injection de 2 centigr. de morphine. Deux pilules avec huile croton 2 gouttes; évacuation dans la soirée, guérison.

OBS. XIII. — Juillet 1879, homme de cinquante ans. Vomissements, coliques, arrêt des matières depuis la veille; deux injections de 1 centigr. de morphine : le troisième jour, purgatif, évacuations, guérison.

OBS. XIV. — 14 octobre 1870, homme de trente et un ans. Colique misérere; injection de morphine de 15 milligrammes; soulagement; laudanum.

Le 16 : Huile de ricin...... 30 grammes.
Huile croton...... 1 —
Op. belladone...... 1 —

Evacuation; guérison.

OBS. XV. — Octobre 1879. Colique misérere, vomissements depuis deux jours : injection morphine, soulagement; pilules d'opium et de belladone; le surlendemain, purgatif; évacuation; guérison.

OBS. XVI. — Le 21 juillet 1880, homme de soixante-six ans, après une longue matinée de travail, a copieusement dîné avec un énorme plat de haricots rouges. Le soir, coliques très fortes, vomissements, tympanisme, pouls misérable; injection de morphine, un peu de soulagement. Pilules d'opium et de belladone pour le soir; un purgatif à prendre dans la nuit. On donne de suite le purgatif, qui est vomi. Les phénomènes s'exaspèrent; mort dans la nuit.

OBS. XVII. — Janvier 1881, homme de soixante-douze ans. Dîne copieusement d'un plat de haricots, sort, reste au froid toute la journée, immobile, à la mairie où on faisait les élections. A son retour, coliques, vomissements, tympanisme, jusqu'au lendemain où je le trouve avec un pouls petit, même état; on prescrivit un purgatif qu'on n'eut pas le temps d'administrer avant la mort, survenue le soir du deuxième jour.

OBS. XVIII. — 1880, Mme B..., affectée d'une maladie du cœur, est prise de coliques violentes, vomissements, tympanite; pendant trois jours, injection de morphine; vomissements moindres; le troisième jour, lavement purgatif : séné, 15 grammes; sulfate de soude, 30 grammes, rendu intégralement; on continue à donner de la morphine, 1 centigramme par jour. Le lendemain, quatrième

---

de Lille de remplacer son collègue lyonnais. Puis, à Lille, M. Bert dépêcha un des élèves de son laboratoire.

C'est parmi les agrégés des Facultés de médecine qu'étaient jusqu'à ce jour choisis les suppléants des professeurs empêchés de faire leurs cours. Aussi, l'usage ayant, dit-on, force de loi, les agrégés de Lyon se sont-ils vivement émus de voir arriver de Lille le physiologiste appelé à professer le cours de physiologie à la Faculté de Lyon.

Je noterai en passant un double fait : c'est d'abord que les étudiants de la Faculté de Lille ne se sont pas récriés de se voir enlever leur professeur; ensuite que les agrégés de Lille n'ont pas davantage protesté de voir la suppléance remplie par un physiologiste, non seulement étranger à leur Faculté, mais encore dépourvu du titre d'agrégé d'une Faculté quelconque. Lille semblerait être un milieu plus calme que Lyon.

La mesure du ministre peut se justifier par cette considération que le choix même des professeurs titulaires ne se fait pas obligatoirement dans le corps des agrégés. En outre, puisqu'il n'y a qu'une Université en France, on peut se demander pourquoi les Facultés de médecine ne seraient pas gouvernées par les mêmes règlements que les quatre autres Facultés universitaires : lettres, sciences, droit, théologie. Or, pour celles-ci, surtout dans l'ordre des sciences et des lettres, les professeurs sont envoyés d'une Faculté dans une autre, sans que personne y trouve à redire, sauf peut-être les intéressés.

Je sais bien qu'on objecte à cela que les professeurs ou agrégés des Facultés de médecine ont, une situation, disons autrement et mieux, une *clientèle* dans la ville qu'ils habitent, situation ou clientèle que leur titre officiel contribue singulièrement à rehausser.

Mais, on ne saurait trop le répéter, le ministre de l'instruction publique a le devoir de veiller plutôt à l'intérêt de l'enseignement et à celui des élèves qu'aux intérêts professionnels des professeurs. Aussi lui donnerai-je raison toutes les fois qu'il paraîtra n'avoir agi que sous ce seul mobile.

Que si, dans l'espèce, on me fait observer qu'il n'y avait pas de raison plausible pour enlever à une Faculté un professeur qu'on trouve bon pour une autre Faculté, ou encore qu'on pouvait envoyer directement à Lyon le professeur provisoire que l'on envoyait à Lille, et se dispenser ainsi de bouleverser l'enseignement dans

jour, un deuxième lavement semblable au premier est donné; deux heures après, 15 grammes d'eau-de-vie allemande : quelques gaz sont d'abord évacués, puis la débâcle survient ; guérison.

Obs. XIX. — 6 février 1881. Homme de soixante-deux ans, de Saint-Genest, est pris de coliques, vomissements; arrêt des matières depuis deux jours. Injection de morphine, soulagement en treize minutes. Pour les deux jours suivants, 4 gouttes d'heure en heure de :

Chlorhydrate morphine	5 centigr.
Ste atropine	5 milligr.
Eau	10 grammes.

Le soulagement persiste, pas de matières; le troisième jour (cinquième de la maladie), huile de ricin, évacuation; guérison.

Obs. XX. — 1881. Homme de soixante-cinq ans, très nerveux, sujet à des vertiges, ayant d'ailleurs toute son intelligence, est pris dans la nuit du 14 au 15 septembre de douleurs très violentes autour de l'ombilic (c'est là le siége préféré), de vomissements continuels. Le 15 au matin, je le trouve très faible ; on a gardé les vomissements, qui sont brunâtres, liquides, à odeur stercorale comme l'haleine. Le malade porte depuis longtemps un bandage double ; je soulève les pelottes, il n'y a aucune trace de hernie et la douleur est surtout vive à l'ombilic. Il y avait arrêt complet des matières; pas un gaz ne passe chez ce malade très sujet à la flatulence. J'ordonne laudanum et eau de seltz à prendre par cuillerées à café; les premières sont mal supportées, puis tolérées; deux heures de sommeil. Un lavement purgatif le 16 produit l'expulsion de quelques gaz. Excellent signe qui fait adoucir le pronostic. Eau de Janos, une selle quelque temps après. Le 17, les vomissements reparaissent identiques, enfin deux selles abondantes dans la soirée ; amélioration progressive. Quatre jours après, alimentation normale. Chez ce malade, l'élément nerveux, spasmodique, semble jouer le principal rôle, à cause de la nature du tempérament. Il y aurait eu spasme de l'intestin et mouvements anti-péristaltiques.

Obs. XXI. — En 1879 et 1880, j'ai donné mes soins à une femme atteinte des symptômes de l'occlusion : chaque fois, l'injection calmait la douleur, et après un jour d'emploi des opiacés un purgatif mettait fin à la maladie.

Une troisième atteinte survint chez cette malade ; elle ne fut pas vue par moi et succomba.

Obs. XXII. — Ici se place l'observation de l'ouvrier serrurier dont j'ai parlé déjà. Douleurs de ventre, vomissements et tympanisme modéré, rejet de tous les liquides, malgré injections de morphine et d'atropine répétées jusqu'à deux fois par jour. Ces symptômes persistent pendant sept jours; tous les purgatifs sont vomis. L'électricité fut employée, un des pôles placé dans l'anus, l'autre sur le ventre, et alternativement les deux réophores promenés sur le ventre. Je ne pus continuer plus de quelques minutes, tant cette application fut douloureuse. Le soir, quelques gaz passèrent et une purgation enfin tolérée amena une abondante évacuation et la guérison.

La deuxième atteinte, qui eut lieu l'année suivante, dura quatre jours et céda aux opiacés et au purgatif du quatrième jour.

Obs. XXIII. — En 1880, un jeune homme de dix-sept ans fut pris de coliques et arrêt des matières pendant trois jours; soulagement par les injections de morphine; il dut prendre jusqu'à trois purgatifs pour obtenir l'évacuation des matières retenues et la fin de ses souffrances.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Système nerveux

I. Deux cas de démence paralytique avec marche atypique et lésion en foyer de l'écorce, par Eickholt (1). — II. Lésions de l'écorce des hémisphères a la première période de la démence paralytique, par E. Mendel (2). — III. Lésions du cerveau dans la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique et l'inflammation traumatique, par Popoff (3). — IV. Contribution a l'histoire clinique des lésions en foyer de l'écorce grise des hémisphères, par Richter (4). — V. Contribution a l'histoire clinique des tumeurs cérébrales, par Richter (5). — VI. Paralysie agitante post-hémiplégique, par Auerbach (6).

Dans la première observation d'Eickolt, il est question d'un malade qui débuta par la mélancolie, avec refus de prendre des aliments et constipation opiniâtre. Au bout de huit mois de séjour dans un asile d'aliénés, cet homme était en voie de guérison et fut rendu à sa famille. Au bout de trois nouveaux mois, une récidive se déclare, sous la même forme qu'au début. Plus tard, il s'ajouta aux symptômes

(1) Archiv für Psychiatrie, t. XII, fasc. 2, p. 433, 1881.
(2) Neurologiches Centralblatt, n° 3, 1882.
(3) Virchow s. Archiv., t. LXXXVII, p. 39, 1882.
(4) *Ibidem*, n° 3, 1882.
(5) *Ibidem*, n° 2, 1882.
(6) Deut. medic. Wochenchr., n° 2, 1882.

deux Facultés, au lieu d'une, je n'aurai qu'à me tenir coi.

Si l'on n'a pas pris un agrégé de Lyon pour suppléer le professeur empêché, c'est, dit-on, que le seul agrégé qui eût pu dignement occuper cette chaire allait être appelé ailleurs.

Cela peut être une excuse; mais alors pourquoi, encore une fois, ne pas avoir envoyé directement à Lyon le jeune physiologiste que l'on a expédié à Lille?

C'est le secret des dieux.

Quoi qu'il en soit, si nous n'avons pas encore de nouvelles de Lille, nous apprenons que le cours de M. Morat s'est ouvert à Lyon avec beaucoup de succès.

Tout est bien qui finit bien.

Dr Peter-Paul Sommans.

Clinicat. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 17 mars 1882, M. le docteur Leroux est délégué dans les fonctions de chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et attaché au service de M. le professeur Parrot, à l'hôpital des Enfants-Assistés, en remplacement de notre regretté confrère, M. le docteur Cossy, enlevé si prématurément à la science par la diphthérie.

***

Académie des sciences. — La liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie a été dressée ainsi qu'il suit pour cette section :

En première ligne : M. Davaine,
En deuxième ligne : M. Charcot,
En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Paul Bert et Brown-Séquard,
En quatrième ligne : M. Sappey.

***

Concours des chirurgiens du Bureau central. — Un concours pour la nomination à trois places de chirurgiens du Bureau central s'ouvrira le lundi 8 mai 1882, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu. Le registre des inscriptions sera ouvert tous les jours, le dimanche excepté, de midi à trois heures, du jeudi 5 avril au samedi 22 du même mois inclusivement.

Concours des accoucheurs du Bureau central. — Le jury se compose de MM. Anger (Th.), Depaul, Dujardin-Beaumetz, Gosselin, Mauriac, de Saint-Germain.

de la première période des troubles moteurs qui parlaient en faveur d'une lésion de la moelle. Enfin, trente mois après le début des accidents, le malade est pris de délire maniaque; il a de l'embarras de la parole, des idées de grandeurs et les autres symptômes de la démence paralytique. Une attaque apoplectique termine la scène. A l'autopsie, on trouva, en fait d'altérations visibles à l'œil nu, un caillot frais sur la face antérieure du bulbe et autour des artères vertébrales, sans déchirure de celles-ci ou des autres vaisseaux de la base. La pie-mère était très adhérente à la substance cérébrale, dans laquelle le microscope laissait voir une distension des espaces péri-vasculaires et péri-cellulaires et de nombreuses cellules lymphoïdes disséminées dans le parenchyme cérébral. Les cellules ganglionnaires étaient intactes.

Le sujet de la seconde observation, entaché de syphilis, fut pris du délire des grandeurs, sans troubles accentués du mouvement. Un phlegmon à la main et à l'un des membres inférieurs amena une sédation complète de ces accidents. Après une période de rémission de quinze mois, retour des mêmes symptômes; puis dépression cérébrale et paralysie motrice. Plus tard, le malade eut des accès convulsifs tantôt limités au domaine du facial à droite, tantôt étendus à tout le côté droit et suivis d'hémiparésie. Il fut emporté par une pneumonie. A l'autopsie, on trouva : un foyer de ramollissement dans la zone motrice à gauche, limité en profondeur à l'écorce grise et intéressant en largeur la partie postérieure de la circonvolution frontale, le tiers inférieur des circonvolutions centrales antérieure et postérieure et de la première circonvolution temporale; — et dans d'antres régions de l'écorce grise, les lésions de l'encéphalite diffuse.

— L'observation de MENDEL est relative à un homme de 37 ans qui, de son vivant, était tombé dans la mélancolie, en proie au délire des persécutions. Admis dans un asile d'aliénés, il y succomba au bout de huit jours à la phthisie pulmonaire, sans avoir présenté le moindre trouble du mouvement ou de la sensibilité. On avait pourtant noté de l'inégalité des pupilles et un peu de parésie de la face à droite. Le mutisme dans lequel se renfermait le malade ne permettait pas de reconnaître s'il avait ou non de l'embarras de la parole. L'autopsie vérifia à première vue l'hypothèse qu'on avait émise d'un simple trouble fonctionnel psychique. Les seules lésions macroscopiques constatées dans l'encéphale se réduisaient, en effet, à un état trouble de la pie-mère, parsemée de rares granulations miliaires. Mais tout antres furent les résultats de l'examen microscopique, qui fit découvrir les traces manifestes d'une *encéphalite interstitielle limitée à la substance grise de la circonvolution centrale postérieure et du lobe occipital*. La lésion était caractérisée par une prolifération des éléments de la névroglie avec cellules en forme d'araignées, très développées.

L'intérêt de ce fait, dit l'auteur, réside dans cette circonstance très curieuse que si on s'était tenu à l'examen à l'œil nu de l'encéphale, ou si même on avait borné l'examen microscopique de l'écorce grise à la région frontale, à la circonvolution frontale antérieure, au lobule paracentral, on eût diagnostiqué une psychose fonctionnelle; or les lésions du lobe occipital et de la circonvolution frontale postérieure témoignaient en faveur de l'idée d'une paralysie générale à ses débuts. Si l'on s'en rapporte aux quelques détails fournis sur l'état de ces altérations microscopiques, on en peut conclure que la lésion débute par la névroglie, que la prolifération des noyaux signalés dans d'autres observations, et qui faisait défaut chez le malade de Mendel, appartient à un stade plus avancé du processus qui ne saurait donc avoir comme point de départ une diapédèse de globules blancs. L'envahissement précoce de la circonvolution centrale postérieure, voisine du centre du langage, explique pourquoi l'embarras de la parole est un symptôme de la période initiale de la paralysie générale. Peut-être la localisation des lésions les plus accentuées dans le lobe postérieur était-elle en rapport avec les hallucinations de la vue auxquelles était en proie ce malade.

— Dans une publication antérieure, Popoff, en se basant sur des recherches histologiques, avait soutenu que la fièvre typhoïde s'accompagne de lésions inflammatoires de la substance des hémisphères cérébraux, lésions qui affectent le même caractère que celles de nature inflammatoire consécutives à un traumatisme, ou encore à une otite interne. C'est une accumulation de cellules migratrices dans les espaces périvasculaires et péricellulaires, lesquelles cellules peuvent pénétrer dans le protoplasma des cellules nerveuses et provoquer la division de ce protoplasma et du noyau. Ce travail de division peut s'opérer spontanément d'ailleurs, sans pénétration des cellules migratrices. Dans le typhus exanthématique, cette accumulation de cellules migratrices dans les espaces périvasculaires et péricellulaires atteint parfois un tel degré qu'il en résulte des granulations miliaires comparables aux granulations tuberculeuses.

L'exactitude de ces résultats annoncés une première fois par Popoff a été contestée par différents auteurs; c'est pourquoi il vient aujourd'hui invoquer à l'appui, les données que lui a fournies l'expérimentation. Popoff a empoisonné des lapins avec du chloroforme, de l'éther, du nitrite d'amyle; il a exposé de ces animaux à l'action des hautes températures, et il a pu réaliser ainsi les lésions qui viennent d'être mentionnées, entre autres la pénétration de cellules migratrices dans les cellules nerveuses de l'encéphale. Il a eu soin de s'assurer d'ailleurs sur d'autres animaux que ces altérations n'étaient pas le fait d'une simple paralysie vaso-motrice.

— Le malade dont RICHTER rapporte l'observation éprouvait depuis 1878 des douleurs dans les membres inférieurs. Depuis le mois d'avril 1881, il avait la pupille gauche rétrécie et un peu de parésie du facial de ce même côté. A cette même époque, on notait chez lui une fréquence considérable du pouls, avec des élévations de température relativement minimes. Une pleurésie à gauche l'obligea à garder le lit. C'est à ce moment qu'il fut pris de secousses cloniques dans les membres et les muscles de la face du côté gauche, avec déviation de la tête vers ce côté. Les muscles convulsés rigides d'abord, bientôt furent frappés de paralysie complète (motilité et sensibilité). La température interne s'était notablement élevée et l'accélération du pouls était énorme. Trois jours après son accès de convulsions partielles, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une atrophie uniforme du cerveau avec épaississement de la pie-mère sur toute la convexité. Au-dessous des méninges, la surface des hémisphères apparaissait parfaitement lisse; seulement, à gauche, sur le sillon précentral d'une part, et de l'autre sur la circonvolution de l'hippocampe, on découvrait deux foyers de ramollissement. C'était tout. Des coupes pratiquées en tous sens à travers l'encéphale ne laissaient voir aucune autre lésion capable d'expliquer les accidents observés du vivant du malade. Le bulbe avait été, par imprévoyance, dilacéré au point qu'il était impossible

de rechercher si l'entrecroisement des pyramides faisait défaut ou était incomplet.

Le même auteur relate l'observation d'un homme né en 1831, ébéniste de son état, et qui fut obligé d'abandonner son métier en 1874 pour des secousses qu'il éprouvait dans tous les muscles du corps En 1878 il se présentait à Richter avec un certificat portant le diagnostic « d'épilepsie habituelle, avec troubles intellectuels, et en particulier affaiblissement de la mémoire et altération du caractère, accès de fureur ». Le malade parlait peu, entrait en colère pour les motifs les plus futiles, était sujet à des attaques légères d'épilepsie. Il avait de l'incertitude de la démarche et il s'affaissait quand il fermait les yeux. Pas d'hallucinations, pas de délire, mais des angoisses continuelles. Le 15 octobre 1881, il fut frappé de paralysie complète des membres; sa respiration était très pénible, le thorax immobilisé. T. 35°5, P. 50, R. 25. Mort le lendemain au soir. A l'autopsie, on trouva un gliome occupant le genou du corps calleux, la circonvolution orbitaire et l'insula à droite, avec état exsangue de la pulpe cérébrale.

— Auerbach mentionne le fait d'un homme de 62 ans, qui fut frappé d'hémiplégie gauche sans participation du facial, sans embarras de la parole. Neuf mois plus tard, le bras paralysé, puis le membre inférieur gauche étaient successivement envahis par un *tremblement* incoercible. Au bout de huit ans, le trouble moteur gagnait le bras et bientôt après le membre inférieur du côté opposé. Finalement les oscillations rythmiques ont envahi la tête, et jusqu'aux lèvres sont agitées par le tremblement. Bref, ce malade réalise, à l'heure qu'il est, le tableau clinique d'une paralysie agitante à sa période d'état.

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 mars. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie pathologique. — Faits nouveaux établissant l'extrême fréquence de la transmission, par hérédité, d'états organiques morbides, produits accidentellement chez des ascendants. Mémoire de M. Brown-Séquard.

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

J'ai trouvé depuis longtemps des faits très nombreux établissant, non seulement la possibilité, mais aussi la grande fréquence de la transmission par hérédité d'états organiques très variés, consistant en changements de forme, en altérations de nutrition ou en phénomènes morbides, produits chez des parents par des lésions purement accidentelles. J'ai maintenant, au Collège de France plus de cent cinquante animaux présentant des manifestations de ce genre d'hérédité. Ces individus appartiennent tous à la même espèce, le Cobaye (*Cavia Cobaya*), espèce chez laquelle le système nerveux a des influences exceptionnellement puissantes sur la nutrition et les sécrétions. La transmission de quelques uns de ces états organiques s'est continuée d'une génération à une autre jusqu'à la cinquième et même la sixième, de telle sorte que, pour l'un de ces états organiques, une exophtalmie, il semble qu'un type persistant et probablement permanent a été produit.

L'hérédité de ces états morbides peut manquer dans une génération et apparaître à la suivante. La femelle est plus capable que le mâle de transmettre ces états morbides. Quant à la fréquence de ses transmissions, je puis dire que, chez plus des deux tiers des animaux nés de parents chez lesquels une lésion accidentelle a fait apparaître plusieurs de ces états morbides, ces altérations se sont montrées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars. — Présidence de M. Gavarret.

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le premier fascicule de son Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale.

M. le Secrétaire annuel lit une note de M. Bonnafont, membre correspondant, intitulée : *Quelques considérations sur l'emploi du chloroforme.* Dans cette note, M. Bonnafont relate deux opérations qu'il a pratiquées à l'hôpital d'Arras en 1850, le même jour, sous l'influence du même chloroforme, sur deux sujets du même âge ; le premier n'a éprouvé aucun effet fâcheux, le second a failli périr asphyxié.

Depuis lors, M. Bonnafont avait complètement renoncé à l'emploi du chloroforme pour l'éther, qui lui a toujours donné de bons résultats. Il ajoute que, depuis cette époque, d'immenses progrès se sont accomplis, qui plaident en faveur du chloroforme, surtout si l'on veut bien tenir compte des sages préceptes formulés par M. Gosselin.

—M. Béchamp lit une note intitulée : *Des microzymas des glandes stomacales et de leur pouvoir digestif.* Voici les conclusions de ce travail :

« L'expérience démontre que les microzymas gastriques n'agissent pas sur les matières albuminoïdes dans un milieu neutre ; on sait qu'il en est de même de la pepsine. On doit donc considérer celle-ci comme étant produite par ceux-là, de même que la pancréazymase est formée par les microzymas pancréatiques.

« La propriété des microzymas gastriques, d'agir sur les matières albuminoïdes seulement dans un milieu acide, les distingue des microzymas pancréatiques ; en effet, ces derniers n'agissent bien que dans un milieu neutre ou légèrement alcalin. Cependant ils opèrent également la digestion de la fibrine dans un milieu faiblement acidulé, mais son activité est suspendue dans une liqueur plus acidulée que le suc gastrique. Toutefois, ce qui distingue surtout les microzymas pancréatiques, qu'ils agissent dans des liqueurs neutres ou très légèrement acides, c'est la production de composés de dédoublement cristallisables (mucine, tyrosine, etc.), lesquels n'accompagnent jamais la digestion par les microzymas ou le suc gastriques.

« Et puisque, sous l'influence de l'acide chlorhydrique, à la température physiologique, la matière de la muqueuse stomacale disparaît, sauf les microzymas et les noyaux granuleux des cellules glandulaires, c'est que l'estomac se digère, est digéré par les microzymas S'il en est ainsi, on ne comprend pas pourquoi, physiologiquement, la muqueuse gastrique ne se digérerait pas elle-même ; elle se digère nécessairement, car le suc gastrique contient des produits évidents de digestion ; seulement, nous n'apercevons pas que la muqueuse s'use parce qu'il y a organisation, multiplication des microzymas, formation de nouvelles cellules pour remplacer celles qui disparaissent par l'usure ; et si la glande ne se dissout pas, c'est parce que la production est supérieure à la consommation. »

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission, par l'organe de M. Alfred Fournier, a classé les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bucquoy ; — en deuxième ligne, M. Siredey ; — en troisième ligne, M. Lecorché ; en quatrième ligne, M. B. Ball ; — en cinquième ligne, M. Cadet de Gassicourt ; — en sixième ligne, M. Ollivier.

Le nombre des votants étant de 73, majorité 37, M. Bucquoy obtient 58 suffrages, M. Siredey 10, M. Ball 3, M. Lecorché 1, M. Cadet de Gassicourt 1.

En conséquence, M. Bucquoy ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie dans la section de pathologie médicale.

—L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

M. VULPIAN vient donner quelques explications sur les expériences auxquelles il a été fait plusieurs fois allusion dans la discussion, et qui démontrent que l'homme ou les animaux, soumis à l'action des vapeurs de chloroforme, sont exposés à un danger plus ou moins marqué, danger qui peut avoir lieu au début de la chloroformisation, pendant ou après elle, ou même enfin quelques heures ou quelques jours après.

Il est incontestable que, chez les animaux en expérience comme chez l'homme, on peut observer des cas de mort dès les premières inhalations de chloroforme. Or ces cas de mort subite tout à fait au début de la chloroformisation peuvent s'expliquer par l'expérience physiologique. Chez les animaux à l'état sain, si l'on vient à pincer le bout supérieur des nerfs laryngés supérieurs, on peut produire un arrêt de la respiration. Une excitation quelconque d'un nerf sensible peut aboutir au même résultat; par exemple, si l'on vient à badigeonner les narines d'un chien avec du chloroforme, on arrête aussitôt la respiration de cet animal.

Relativement aux accidents qui peuvent survenir pendant la chloroformisation, il faut tout d'abord établir une grande différence entre l'éther et le chloroforme; les dangers sont bien moins grands avec l'éther qu'avec le chloroforme; c'est pourquoi l'on préfère beaucoup, dans les laboratoires, l'emploi du premier à celui du second. Si l'on cherche l'explication de ces dangers pendant la chloroformisation des animaux, on voit qu'ils sont dus soit à l'arrêt du cœur, ou syncope cardiaque, soit à l'arrêt de la respiration, ou syncope respiratoire.

Il ne faut pas se représenter le bulbe rachidien comme restant absolument indemne pendant la chloroformisation. On sait que le chloroforme exerce son action sur toutes les parties du système nerveux, aussi bien sur la moelle que sur le cerveau, la protubérance et le bulbe lui-même. Seulement ce dernier présente une certaine résistance, puisqu'alors que toutes les parties du système nerveux sont momentanément paralysées sous l'influence de l'agent anesthésique, lui seul surnage au milieu de ce naufrage et continue à fonctionner et à exercer son action sur tous les nerfs accessoires de la respiration. Mais il est cependant touché, il est en partie paralysé.

Si, sur un animal sain, on coupe les nerfs pneumo-gastriques, l'animal continue à respirer; si l'on excite les bouts centraux, on obtient un arrêt de la respiration, mais, alors même que l'on continue à faradiser les bouts centraux, la respiration reprend son cours. Si, sur un animal chloralisé ou chloroformé, on produit la même excitation, on obtient le même arrêt de la respiration, et l'animal ne reprend plus sa respiration. Il existe donc là une différence considérable entre l'animal non anesthésié et l'animal anesthésié. Autre expérience : si, sur un animal sain, on électrise les bouts thoraciques du nerf pneumo-gastrique sectionné, le cœur s'arrête en diastole; si on continue la faradisation, le cœur se remet à battre. La même expérience étant faite sur un animal anesthésié, on arrête le cœur plus facilement, et de plus il ne reprend plus ses battements.

Le chloroforme agit sur les centres respiratoires, mais il agit aussi sur les cellules des ganglions, sur les ganglions moteurs du cœur; donc, sous l'influence du chloroforme, les centres respiratoire et cardiaque ne sont pas dans un état normal, et peuvent devenir le siége d'accidents plus ou moins graves.

Ces accidents s'observent beaucoup plus facilement chez certaines races de chiens, chez les chiens de chasse, par exemple, chez les femelles. Chez les animaux, la syncope cardiaque est beaucoup plus grave que la syncope respiratoire. Cette dernière est heureusement beaucoup plus fréquente; on ne sauve pas un animal sur quarante de la syncope cardiaque. Dans les cas de syncope respiratoire, la respiration artificielle, pendant dix, quinze, vingt minutes et quelquefois plus, est le seul moyen de ramener les animaux à la vie. Il faut donc l'appliquer, pour ainsi dire, à tour de bras; au besoin même, il faut ouvrir la trachée.

En résumé, les expériences sur les animaux démontrent que la chloroformisation n'est pas exempte de dangers, que l'animal soumis aux inhalations chloroformiques est dans une imminence syncopale, et qu'il faut très peu de chose pour le pousser dans la syncope complète. Dans ces conditions, M. Gosselin a fait une œuvre utile en apportant ici les préceptes de prudence et de sages précautions qu'il a développés.

M. JULES GUÉRIN commence par rappeler les discussions qui eurent lieu en 1848 et en 1857 à l'Académie de médecine sur cette question toujours grave des accidents produits par le chloroforme, et les expériences qu'il a faites à cette époque, avec le concours de MM. Lebert, Tholozan et Marcel, expériences destinées à montrer l'action normale, générale, multiforme de l'agent toxique.

Il pense que, malgré de regrettables desiderata, il est possible d'arriver à une *technique* supérieure à celle dont M. Gosselin a pris l'heureuse initiative.

Les principaux éléments de cette formule sont : 1o le dosage de l'anesthésique, malheureusement fort difficile à préciser, quoi qu'en aient dit les auteurs ou partisans des doses maniables; 2o l'état de consistance, de division et de dilution du chloroforme obtenu en plaçant l'appareil avec lequel on l'administre, à une distance convenable des narines du patient; 3o la nécessité du mélange constant du chloroforme avec l'air, réalisé seulement par la division préalable du chloroforme par l'air, au moyen d'appareils qui placent le chloroforme sur le passage de l'air aspiré et font ainsi respirer l'air qui a traversé le chloroforme, en ménageant en même temps une échappée à l'air expiré; 4o la précaution de ne pas pousser trop loin les inhalations et surtout ne pas braver les résistances du malade, résistances actives ou passives qui ont l'inconvénient d'accumuler outre mesure des quantités de chloroforme, lesquelles, à un moment donné, réalisent extemporanément l'action toxique de toutes les inhalations partielles et successives, la saturation, 5o l'intermittence des aspirations destinées, comme l'a si bien dit M. Gosselin, à l'élimination des premières doses du chloroforme et au ravitaillement d'air respirable, destinée également, suivant M. Jules Guérin, à laisser aux doses inhalées le temps de se répandre dans toute l'économie et de produire leur effet sans concentration de l'élément toxique; 6o enfin, la condition de ne pas confondre, dans l'appréciation des degrés de l'anesthésie, l'insensibilité inconsciente avec l'insensibilité réfléchie, et de ne pas pousser l'action du chloroforme jusqu'à la disparition complète de la limite qui sépare les phénomènes de la vie animale de ceux de la vie organique.

M. Jules Guérin place sous les yeux de ses collègues un appareil qui lui paraît réaliser toutes les conditions d'une technique étiologique de la chloroformisation.

— La discussion sera continuée.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars. — Présidence de M DUJARDIN-BEAUMETZ.

UN CAS DE PURPURA A CARACTÈRES INTERMITTENTS. — L'observation suivante est rapportée par M. DU CAZAL. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, dont la mère est morte phtisique il y a sept ans, et qui est elle-même atteinte de phtisie pulmonaire depuis deux ans. Depuis quatre mois environ, elle voyait apparaître sur les membres inférieurs des taches violacées qui, chaque soir, à une certaine heure, devenaient écarlates et s'accompagnaient d'un gonflement douloureux des articulations de la main, du poignet, du genou et du pied. Ces taches, ainsi que j'ai pu le constater de visu, revêtaient cette coloration aussi marquée tous les soirs entre

sept heures et demie et huit heures, la malade ayant bien dîné comme d'habitude et sans que rien dans son état général ait subi aucune modification particulière. Les douleurs étaient telles parfois qu'elles arrachaient des larmes à cette jeune fille et que le moindre contact lui faisait pousser des cris. Ces phénomènes duraient généralement jusqu'à onze heures du soir, heure à laquelle ls disparaissaient tout à coup assez rapidement, après quoi la malade s'endormait sans que sa nuit fût troublée par aucun incident particulier, et le lendemain matin il ne lui restait que quelques taches un peu violacées. Ces accidents persistèrent pendant trois mois, malgré le traitement qui fut employé, d'abord par l'ergot de seigle et par le perchlorure de fer, puis par le sulfate de quinine, en raison même de leur caractère intermittent. Le salicylate de soude ne produisit non plus aucun effet sur le purpura ni sur le gonflement articulaire. Enfin, pensant en dernier ressort qu'il s'agissait peut-être là de quelque diathèse herpétique, M. Du Cazal ent recours à l'arsenic et aux alcalins. Sous leur influence, ces accidents s'amendèrent; mais depuis quinze jours qu'ils ont en grande partie disparu, la toux et la dyspnée sont revenues telles qu'elles étaient antérieurement aux phénomènes de purpura...

Épanchement pleural, thoracentèse, transformation du liquide épanché. — M. Debove rapporte qu'au mois de janvier dernier un vieillard de son service de Bicêtre, vieillard hémiplégique assez faible, fut atteint d'un épanchement pleurétique du côté gauche de la poitrine pour lequel il fit la ponction avec aspiration; tout marcha bien, trois quarts de litre d'un liquide citrin furent retirés. Dans la soirée et surtout le lendemain, le malade était en proie à une fièvre assez intense. Le surlendemain, l'épanchement s'était reproduit plus considérable même qu'avant l'opération; de plus, un pneumo-thorax s'était formé à la partie supérieure du poumon. Une nouvelle ponction fut pratiquée; elle donna issue cette fois à un liquide horriblement fétide, louche, et renfermant un nombre extrêmement considérable d'organismes inférieurs. Le lendemain, le vieillard succombait.

A l'autopsie, on trouva un liquide semblable au précédent, contenant une grande quantité de gaz; les lésions pleurales, peu considérables, consistaient seulement en quelques fausses membranes et dépôts fibrineux, *sans aucune trace de gangrène ni la moindre perforation du poumon.*

De ce fait, M. Debove croit pouvoir conclure que, malgré toutes les précautions prises pour la thoracentèse, la putréfaction du liquide est le résultat de l'introduction de quelques organismes inférieurs par le trocart, bien que celui-ci ait été flambé avant l'opération et lui parût parfaitement net. C'est dans le but d'éviter dans l'avenir le renouvellement de parails accidents, qu'il a fait construire par M. Mathieu un petit appareil spécial destiné à porter la température de l'instrument, avant de s'en servir, de 130 à 140 degrés, et à éviter aussi, au moyen de petites valvules en caoutchouc, le mouvement de va-et-vient du liquide dans le tube aspirateur au moindre accès de toux.

Herpès phlycténoïde. — M. Hallopeau a eu l'occasion d'observer récemment chez une jeune femme de 20 ans des accidents tellement graves de gangrène de la muqueuse buccale et pharyngée à la suite d'un herpès phlycténoïde de la face qu'ils ont entraîné la mort. Cette femme était malade depuis vingt jours lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, et huit jours plus tard elle succombait aux phénomènes généraux les plus intenses.

A l'autopsie on a trouvé des plaques de sphacèle dans la bouche et le pharynx, et des deux côtés des ulcérations de dimensions variables, les unes à fond grisâtre, les autres présentant un magma gangréneux.

Cancer du foie. — M. Sevestre présente les pièces anatomo-pathologiques d'un malade qui a succombé ces jours derniers à une affection du foie assez difficile à diagnostiquer pendant la vie. Cet homme était entré le 23 février à l'hôpital pour une ascite, caractérisée surtout par la rapidité de son développement et la distension considérable des veines sous-cutanées de l'abdomen; de plus, les urines étaient rouges et rares. Il avait commencé, disait-il, à être assez souffrant dès le commencement de l'année, et sans cause connue il avait, dans l'espace de six semaines, éprouvé un amaigrissement de vingt-cinq livres, en même temps qu'il avait des vomissements pituitaux d'abord, puis bilieux. L'ascite datait de huit jours seulement, le jour de son arrivée à l'hôpital. M. Sevestre crut pouvoir diagnostiquer une cirrhose du foie et pratiquer une ponction; celle-ci donna issue à dix litres d'une sérosité citrine. Le malade succomba sans autre phénomène trois jours plus tard.

A l'autopsie le foie, un peu plus volumineux que d'habitude, pesait 2 kilog. 300 gr.; sa surface présentait une série de petits noyaux d'apparence cancéreuse; à sa face inférieure et au niveau du hile la veine porte était oblitérée par un caillot assez considérable. Il existait comme une complication de l'état cancéreux, une périphlébite suppurée, et les ramifications de la veine porte étaient également oblitérées. La rate était assez petite et pesait seulement 155 grammes.

La séance est levée à cinq heures.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Trélat : Dans la dernière séance, M. Surmay a fait une communication sur un nouveau procédé pour l'opération du phimosis, et à ce propos la plupart de mes collègues ont émis l'opinion que la dilatation était préférable; je ne suis pas de leur avis, car j'ai vu plusieurs cas où ce procédé a échoué. Chez deux sujets qui avaient plusieurs fois subi la dilatation, il s'était formé un anneau cicatriciel très serré et il a fallu faire l'opération complète pour remédier aux accidents de rétention qui en étaient la conséquence. C'est pour ces raisons que je crois que, lorsqu'il y a une étroitesse marquée du prépuce, il vaut mieux faire de suite une opération complète. Je la pratique en ayant soin d'enlever le moins de peau possible, et de couper au contraire le plus de muqueuse possible; je coupe cette dernière à 12 millimètres de la couronne du gland, et j'applique ensuite des serrefines. Ce procédé m'a toujours donné de bons résultats.

— M. Polaillon lit un rapport sur une observation de mort par le chloroforme, de M. Martel, de Saint-Malo.

Il s'agit d'un homme de 29 ans, alcoolique, atteint d'une gueule de loup, d'une hernie inguinale droite assez volumineuse et qui s'est plusieurs fois étranglée. On l'endort pour lui ouvrir un abcès. Avant l'anesthésie, l'examen de la poitrine n'a fait reconnaître aucune lésion des poumons ni du cœur. Il fut endormi par le procédé de Micbon, c'est-à-dire avec une compresse roulée en entonnoir, ayant au fond un bourdonnet de charpie que l'on imbibe de chloroforme. L'anesthésie se fait très bien, et l'on obtient un sommeil profond après quinze ou vingt inhalations, et l'emploi de 4 à 6 grammes de chloroforme. Au moment où M. Martel fit l'incision à la peau, le pouls faiblit rapidement, la respiration se ralentit et le malade meurt en peu de temps, malgré tous les secours qu'on lui apporte et la respiration artificielle longtemps prolongée.

A l'autopsie on trouva un peu de myocardite, un léger épaississement des valvules; une péritonite récente au niveau de l'ancienne hernie, et une pleurésie pseudo-membraneuse assez étendue. Ces différentes lésions n'avaient donné lieu à aucun symptôme pendant la vie.

Le chloroforme, analysé par M. Chastaing, n'avait pas d'impuretés qui puissent expliquer la mort; le mode d'administration de l'agent anesthésique ne peut pas davantage être incriminé. C'est donc aux lésions que l'on a rencontrées à l'autopsie et surtout à la pleurésie qu'il faut imputer la mort. On sait, en effet, que les adhérences pleurales étendues sont une cause de mort chez les sujets que l'on anesthésie par le chloroforme.

M. Berger : D'après les détails de cette observation, il semble que la mort est survenue par syncope et que les accidents respiratoires n'y ont été pour rien. C'est un arrêt primitif du cœur qui a eu lieu, et l'on ne peut pas ici incriminer l'inhalation trop brusque d'une grande quantité de chloroforme agissant sur les nerfs du larynx et du pharynx et de là sur le cœur par action réflexe. Je crois cependant que le mode d'administration employé dans ce cas n'est pas bon, car de cette façon il se dégage de grandes quantités de vapeurs de chloroforme, et une chose essentielle, pour bien appliquer cet agent, est une grande lenteur dans son administration.

M. Desprès : Je crois que le chloroforme tue les malades lorsque ceux-ci sont dans de mauvaises conditions de santé, et, dans le cas de M. Martel, je crois que la véritable cause de la mort a été la pleurésie.

M. Terrier : La mort est survenue dans ce cas au bout d'un certain temps; le malade était endormi, mais son système nerveux sentait encore, et je crois que la mort a été causée par un réflexe sur le cœur, dû à la sensation douloureuse occasionnée par l'incision de la peau. Si la mort avait été le fait des adhérences pleurales, il y aurait eu des phénomènes d'asphyxie et non une syncope.

M. Trélat : Je crois que l'interprétation de M. Terrier est la bonne pour le cas actuel et que c'est bien un réflexe sur le cœur qui a arrêté cet organe et causé la mort.

— M. Trélat : Ce matin, j'ai été appelé par M. Potain pour voir un de ses malades qui présentait au côté gauche du cou une déformation allongée, sans rougeur, avec battements artériels dus au soulèvement des carotides ; il y avait, en outre, un soulèvement très marqué du côté gauche du pharynx. La fluctuation en ce point est manifeste et on la sent parfaitement en introduisant les deux index dans la bouche ; c'est là un très bon procédé pour constater la fluctuation des abcès rétropharyngiens. Je diagnostiquai un vaste abcès rétropharyngien ayant pour origine les ganglions prévertébraux. Je fis l'ouverture par le pharynx et je fis sortir une quantité énorme de pus louable, et je passai alors, avec précaution, un drain que je fis sortir par la partie inférieure du cou en ayant bien soin d'éviter les organes importants de la région.

Je crois, et c'est là l'important de ma communication, que cette manœuvre est plus sûre que si j'avais fait l'opération en sens inverse, c'est-à-dire en faisant l'incision à la peau, et en allant pénétrer dans l'abcès par cette voie.

M. Tillaux : Je suis de l'avis de M. Trélat, seulement il ne faut pas généraliser cela et distinguer les abcès rétropharyngiens.

Ceux qui ont pour origine les ganglions prévertébraux, ou bien l'amygdale et son tissu environnant, doivent être ouverts par le pharynx, car en se développant ils repoussent la carotide en dehors. Mais ceux qui ont pour origine les ganglions sous-aponévrotiques du cou repoussent, au contraire, la carotide du côté du pharynx, et en les ouvrant par cette voie, on s'expose à blesser ce gros vaisseau.

— M. Lannelongue fait une communication sur quelques cas de malformations qu'il a observés : Il a vu cinq enfants atteints de cornes congénitales de la région préauriculaire et de la région voisine de la commissure buccale ; ces cornes présentaient environ 2 à 3 centimètres de longueur et étaient formées de peau et de tissu cartilagineux à la partie centrale. Une fois elles étaient situées à la face interne de la muqueuse buccale.

M. Lannelongue rattache ces malformations au développement du premier arc branchial.

M. Trélat : J'ai observé plusieurs faits de ce genre, mais je n'ai jamais vu ces cornes qu'au voisinage de l'oreille, et tous les sujets qui en étaient porteurs avaient en même temps une malformation du pavillon de l'oreille.

Dr Henri Bastard.

BIBLIOGRAPHIE

Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire, par M. Jaccoud, professeur de la Faculté de médecine de Paris (1881).

Suite. — Voir le numéro précédent.

Ayant ainsi esquissé à grands traits ce qu'il appelle le traitement prophylactique de la phthisie, M. Jaccoud suppose que ce traitement ayant fait défaut on ayant été mal appliqué, la tuberculose pulmonaire est apparue au sommet de l'un ou de l'autre poumon par des signes non douteux. Il prend alors la maladie dans les diverses phases de son évolution et trace la thérapeutique conforme soit au degré du mal, soit à tel ou tel accident particulier, soit même à la variété clinique.

Dans le premier chapitre qu'il consacre à cette étude, M. Jaccoud fait remarquer la profonde différence qui sépare une menace de tuberculose d'avec une tuberculose confirmée. Cependant, dit-il avec raison, le traitement prophylactique est encore applicable. En effet, l'état général du malade est bon, les forces sont conservées, la fièvre est nulle et, sauf les signes stéthoscopiques, rien n'est changé. Le médecin doit redoubler d'énergie et de sévérité, le malade de patience et de docilité, voilà tout.

On ne saurait mieux dire, et nous ne saurions trop engager les médecins à lire attentivement les conseils relatifs à l'emploi de l'hydrothérapie, à l'usage du lait, du Koumys, des ferrugineux, de l'huile de foie de morue, de la glycérine et de l'arsenic.

Le second chapitre, consacré au traitement de la phthisie commune, débute par une étude des rapports du tubercule avec la zone catarrhale inflammatoire qui l'accompagne ordinairement dans son développement. De là ressort l'importance du traitement révulsif, *impuissant contre le tubercule*, mais très utile contre les inflammations ou congestions périphériques.

Mais, « pour être utile, dit l'auteur, ce traitement doit être poursuivi avec une infatigable persévérance. Quel que soit le procédé de révulsion que vous mettiez en œuvre, dites-vous bien qu'une seule application est certainement stérile; la répétition, je dirai presque la continuité de l'action révulsive, voilà la condition d'une utilité réelle. » Combien de médecins, contrairement à cet excellent précepte, se contentent d'ordonner un ou deux vésicatoires, et s'étonnent de l'inefficacité du remède ! Ils ont tort, et ils se trompent également s'ils espèrent guérir le tubercule avec la créosote. M. Jaccoud reconnaît la supériorité de ce médicament sur tous les autres balsamiques, et le prescrit en suivant les indications de Bouchard et Gimbert, c'est-à-dire surtout contre le catarrhe chronique, source d'affaiblissement du malade quelquefois très importante.

Plus tard, la fièvre s'allume et une indication nouvelle surgit qui persistera aussi longtemps que le symptôme lui-même. Il faut traiter la fièvre des tuberculeux et distinguer d'abord à quelle espèce de fièvre on a affaire. Le type et la cause de la fièvre sont en effet très variables : la fièvre peut être rémittente et due à une éruption de tubercules, c'est la *fièvre de tuberculisation ;* elle peut être sub-continue, à maximum vespéral et liée aux inflammations péri-tuberculeuses, c'est la *fièvre d'inflammation ;* elle peut être également sub-continue et sous la dépendance du travail d'ulcération, de ramollissement, c'est la *fièvre d'excavation ;* enfin, si elle est intermittente, à accès vespéral ou double quotidien, avec ou sans frisson et suivie de

sueurs, elle coïncide avec la résorption dn produit septique du tubercule ramolli, c'est la *fièvre de résorption.*

Cette classification nne fois établie, M. Jaccoud indique le mode d'emploi et l'efficacité du sulfate de quinine dans les deux premiers types de fièvre qui contrastent, par leur docilité relative au médicament, avec le troisième type, absolument réfractaire.

Le quatrième type répond surtout à une action médicamenteuse antiseptique. M. Jaccoud emploie dane ce cas l'acide salicylique dont la puissance antithermique est doublée d'une action antiseptique. Le salicylate de soude et le bromhydrate de quinine sont les succédanés affaiblis de ce grand médicament. Suit l'étude détaillée de la méthode, des indications et des contre-indicatione de la médication salicylée, et le lecteur trouvera également, dans cette partie du livre, le procédé et les doses convenables pour l'emploi des injections sous-cutanées du salicylate de soude.

Ce sont là des parties entièrement neuves.

Quand les cavernes sont formées et qne le ramollissement des tubercules soumet le malade à une cause permanente d'auto-infection ; quand les forces sont déchues et que tout espoir de vaincre le mal s'est évanoni ; quand les désordres intestinaux surviennent, quand l'état cachectique est enfin conetitué, M. Jaccoud ne vent pas encore que le médecin abandonne le malade. Des inhalations d'une solution d'acide phénique au 1/200 à l'aide dn pulvérisateur de Lncas-Championnière, modifié pour la circonstance, seront très utilee comme désinfectant. Quelquefois, sone cette influence, la fièvre tomhe et les forces se relèvent, au moins pour un temps. Ds même, la diarrhée, les vomissements répétés et les hémoptysiee tardives, apyrétiques ou fébriles, ont leur thérapeutique propre.

Quant aux inhalations de benzoate de soude, préconisées en Allemagne contre la phtisie pulmonaire, M. Jaccoud, qui les a essayées selon le procédé de Rokitansky, avec la méthode et les doses prescrites outre-Rhin, n'a pas eu à s'en louer, malgré la patience dont il a fait preuve ; et il conclut que ce mode de traitement, quand il est accepté, ce qui est exceptionnel dans nos hôpitaux, a plus d'inconvénients que d'avantages.

Non content de suivre ainsi pas à pas la phtisie commune, M. Jaccoud trace d'une façon magistrale lee caractères cliniques de la phtisie pneumonique, et distingue une *forme rapide*, « qni, par exception, peut guérir et qui, dans les cas « mortels, tue avant ou après l'ulcération du poumon ; et « une *forme lente*, qui, après une période d'acnité plus ou « moins longue, prend une marche chronique, par laquelle « elle se confond avec la phtisie commune. » La seconde forme relève des mêmes procédés thérapeutiques que la phtisie commune ; quant à la première, c'est à son début que le médecin doit s'efforcer de la conduire à résolution ou du moins de ralentir sa marche et de la transformer en phtisie pneumonique lente. Pour cela, M. Jaccoud « traite la période initiale aiguë de la tnherculose comme une pneumonie com« mune grave ». C'est par l'exclusion de tout moyen débilitant, par une alimentation modérée mais continue, à l'aide du jus on gelée de viande, de honillon, de lait, de vin, que M. Jaccoud espère atteindre le résultat cherché.

L'alcool et le quinquina, sous diverses formes, sont de même libéralement administrés. La fièvre est en même temps combattue par le sulfate de quinine ou mieux l'acide salicylique, et les défaillances de la contraction cardiaqne par la digitale; après l'application de larges vésicatoires volants répétés vient la résorption des exsudats, et l'ensemble de cette médication, dit M. Jaccoud, lui a donné quelques-uns des plus heaux résultats de sa pratique médicale.

Dr J. Grancher.

(*A suivre.*)

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Diarrhée chronique de Cochinchine, par M. le docteur Girard.

Un de nos confrères, à la suite de nombreux voyages en Cochinchine, a été atteint de diarrhée chronique, à la suite de laquelle il a gardé pendant cinq ans une dyspepsie qui lui avait fait perdre 24 kilogr. de son poids.

On lira avec intérêt sa relation ; nous évitons — par un sentiment de convenance — de prononcer son nom. Nous lui laissons la parole :

« Encouragé par les articles du docteur Bertrand, dans les Archives de médecine navale, et de M. H. Huchard, médecin des hôpitaux de Paris (Union médicale et Gazette hebdomadaire) sur l'emploi de la pancréatine, je l'expérimentai avec succès sur moimême dans les circonstances suivantes.

« A peine sorti du port d'embarquement, au mois de mai, mes digestions étaient devenues extrêmement difficiles ; je commençai l'usage de la pancréatine à la dose de 1 gramme après chaque repas. Deux ou trois jours après, je constatai une amélioration des plus considérables. Pendant tout le voyage, aller et retour, y compris vingt-cinq jours de séjour à Saïgon, j'ai continué à prendre la pancréatine à la même dose et de la même manière.

« Vers la fin dn voyage, c'est-à-dire au bout de deux mois et demi, j'ai remarqué que les digestions redevenaient mauvaises. Est-ce parce que ma dyspepsie devenait plus intense et que celle-ci était trop forte pour être combattue avec succès par la pancréatine? Je suis convaincu, cependant, que la pancréatine m'a fait du bien. »

Notre confrère, repartant pour la Cochinchine et souffrant encore de sa dyspepsie, voulut emporter une nouvelle provision de pancréatine et de la peptone Defresne. Il se proposait d'essayer ce nutriment et de prendre lui-même, s'il arrivait au point de ne plus supporter la nourrituro habituelle, ou de le faire prendre à des malades de son hôpital qui se trouveraient dans ce cas.

« J'ai pris, nous dit-il, le second envoi de pancréatine Defresne après un mois et demi de navigation, dans une atmosphère chaude et humide. Je l'ai prise à la dose de 1 gramme, une beure après le repas du soir, qui a toujours été chez moi d'une digestion plus difficile que celui dn matin, et j'ai toujours trouvé que je digérais infiniment mieux que lorsque je n'en prenais pas. Vers la fin de janvier, tourmenté cependant par une diarrhée continuelle, voyant mes forces diminuer et ne trouvant plus un secours suffisant dans la pancréatine, je pris la *peptone Defresne*, les premiers jours à la dose de six cuillerées par jour dans du bouillon ou du potage aux pâtes, au pain, à la semoule. J'en ai trouvé le goût très agréable, je le confondais, dans mon esprit, avec le jus de veau rôti. Elle na m'a pas causé de dérangement intestinal; bien plus, sous son influence, ma diarrhée s'est arrêtée. J'ai continué régulièrement l'usage de la peptone Defresne jusqu'à la dernière goutte. Après cinq jours de ce régime, je baissai la dose à quatre cuillerées par jour et je repris un régime alimentaire approprié. Sans pouvoir affirmer que c'est à cette préparation que j'ai dû une grande amélioration dans l'état de diarrhée chronique et de dyspepsie qui m'avaient miné à un point extrême, je suis convaincu que la peptone a été un très précieux auxiliaire du régime que j'employais pour me guérir. Quand je suis rentré en France, en février, je me suis mis aux toniques et à l'eau arsenicale ; j'achève ainsi une guérison désormais certaine, puisqu'elle ne s'est pas démentie ces quatre derniers mois.

« J'ai fait part de ce que je viens de vous dire à de nombreux médecins, mes collègues. Un de ces derniers, atteint comme moi de diarrhée chronique de Cochinchine, avec dyspepsie intense, a eu recours au même mode de traitement.

« Son état était des plus graves ; atteint d'une dyspepsie gastro-intestinale très ancienne, il avait eu déjà recours plusieurs fois à la pancréatine. Aujourd'hui la diarrhée est très modérée, et il en est à peu près maître quand il surveille rigoureusement son alimentation. Le régime lacté sert bien à cet effet ; mais la digestion est très incomplète. La fibre musculaire passe, le plus souvent, intacte, et ainsi du reste. De plus, les forces assimilatrices semblent perdues et la nutrition est des plus languissantes ; il maigrit à vue d'œil depuis quelque temps ; le système nerveux, n'étant pas soutenu par l'alimentation, faiblit à son tour ; le cœur s'atrophie et bat faiblement ; toute la circulation est ralentie, en un mot, il périclite rapidement. Mon confrère a commencé depuis trois jours l'usage de la peptone Defresne ; il en prend six cuillerées par jour dans un peu de bouillon, et complète son alimentaiion avec deux litres de lait environ, bu tiède et légèrement sucré. Sous l'influence de ce régime, il a une selle par jour, surtout caséeuse, assez consistante et même moulée. Il ne souffre ni de pesanteur d'estomac, ni de coliques. La nuit dernière, contre son ordinaire, son sommeil a été bon. Il compte faire tantôt une promenade en voiture... »

Après avoir usé une nouvelle provision de peptone Defresne et de la poudre de pancréatine, mon confrère me signale une amélioration notable dans son état, amélioration qui se maintient actuellement. (GAZETTE DES HÔPITAUX.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Gardelle, à Montauban, et de M. Reimonenq, à Bordeaux.

— M. le docteur Oppenheimer, en faisant il y a huit jours, à Lons-le-Saulnier, une opération chirurgicale, s'était piqué un doigt avec l'instrument dont il se servait. Malgré les soins les plus empressés, notre regretté confrère vient de succomber à l'âge de 66 ans.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 25 mars, M. le docteur Cornil a été nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Aussitôt le décret paru, notre confrère a donné sa démission de député de l'Allier.

— Les cours du deuxième semestre de l'année scolaire 1881-1882, ont commencé le jeudi 16 mars.

— Le registre des inscriptions sera ouvert les lundis, mardis, vendredis et samedis, de une heure à quatre heures, du 1er au 18 avril, pour les élèves de première et de seconde année, et du 21 au 29, pour ceux de troisième et de quatrième année.

Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues le mercredi et le jeudi de chaque semaine, savoir : pour le premier de doctorat (ancien régime) et le deuxième (nouveau régime), du 24 mars au 20 avril ; pour le deuxième (ancien régime), et le troisième (nouveau régime), du 24 mars au 4 mai.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 6 avril 1882.

LES FERMENTS DE LA DIGESTION

Plusieurs communications, à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, viennent de remettre à l'ordre du jour la question des ferments de la digestion.

Suivant M. Duclaux, « quand on étudie la nutrition des diverses cellules, rien n'autorise à séparer celles des ferments de celles qui, agrégées en tissus, constituent les organes et le corps des animaux supérieurs. »

« La quantité de leucine, de tyrosine, etc., provenant des liquides digestifs normaux de l'organisme, ajoute-t-il, ne fait qu'une très petite portion de la quantité qu'on trouve dans l'intestin, et qui va s'y accumulant au fur et à mesure que la digestion s'avance. Pour tout l'excédant, il faut remonter aux microbes-ferments qui s'y multiplient avec activité. »

Ainsi, d'après cette théorie, la somme totale des actions chimiques constituant le travail de la digestion se divise en deux parties, dont l'une est due aux diastases sécrétées par les cellules de l'organisme, et l'autre aux diastases sécrétées par les microbes-ferments. Ces microbes, pour emprunter les propres expressions de M. Duclaux, « font une digestion qui se superpose à la nôtre (1). »

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE sont familiarisés depuis longtemps avec la théorie de M. Béchamp sur les microzymas, agents producteurs des zymases ou ferments solubles de la digestion. Depuis vingt ans, l'honorable savant s'efforce de faire passer ses idées et ses découvertes dans le domaine acquis des vérités scientifiques, mais il rencontre encore de sérieuses objections. Que sont, en définitive, ces microzymas, lui demande M. Colin (d'Alfort)? Sont-ils constitués par les cellules qui sécrètent les ferments solubles? Mais alors M. Béchamp n'a inventé qu'un nom? Faut-il les voir dans les granulations qui se rencontrent dans ces cellules? Mais ces granulations sont amorphes et n'offrent nullement le caractère d'organisation des prétendus microzymas. L'objection, on le voit, est nette, précise ; M. Béchamp a promis d'y répondre.

Mais ce n'est pas tout : voici M. Gautier qui donne une interprétation nouvelle aux granulations insolubles considérées par M. Béchamp comme des microzymas. Outre que ces granulations ne sont nullement atteintes dans leurs fonctions par les poisons les plus violents, comme l'acide cyanhydrique, ce qui prouve qu'elles ne sont pas vivantes, on peut, par une série d'opérations chimiques, les transformer en un produit cristallisable, et ce produit cristallisable continuerait de jouir de la propriété de dissoudre la fibrine en la transformant en peptone.

En récapitulant les différentes communications que nous venons de mentionner, on voit que la physiologie des ferments

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 20 mars 1882, p. 808.

FEUILLETON

V. — CHINESE CUSTOMS MÉDICAL REPORTS (Comptes rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Le Lock-House de Hong-Kong. — La visite des filles. — Les maladies vénériennes à un point de vue international. — Un Lock-House à Shanghai. — La prostitution en Chine. — La syphilis.

J'ai encore visité à Hong-Kong un établissement que je ne m'attendais guère à y rencontrer : c'est un *Lock-House*, ou dispensaire anglais pour les filles publiques. Il existe bien chez les Chinois quelques règlements concernant la prostitution, non pas, il est vrai, au point de vue sanitaire ; mais ils sont, comme tant d'autres, tombés en désuétude.

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février et 18 mars.

On sait que les Anglais n'ont jamais admis chez eux la police sanitaire de la prostitution. Ils obéissent sur ce sujet à deux mobiles : l'un politique, ou plutôt social, concernant la liberté de la personne ; l'autre religieux, l'Eglise évangélique considérant la vérole comme une institution providentielle à laquelle il est interdit de toucher.

Il y a cependant à Hong-Kong un *Lock-House ;* mais il faut dire qu'il ne concerne que les filles publiques indigènes. C'était le jour de la visite hebdomadaire au speculum, laquelle entre dans les attributions du médecin de colonie. Le docteur Ayres eut l'obligeance de m'inviter à l'accompagner.

Les filles malades sont sequestrées ; il n'y en avait que neuf, que je n'ai point vues. Mais soixante-quinze jeunes filles passèrent successivement à la visite. Elles étaient de toute provenance, du Midi, du Nord, de l'intérieur, quelques-unes Mantchoues, la plupart fort jeunes. Toutes avaient de grands pieds.

On ne rencontre guère, sous la livrée de la misère, que des femmes âgées aux petits pieds. Ce sont toutes des femmes déchues, car le petit pied est l'indice assuré d'une certaine élévation sociale. Celles que l'on rencontre dans la rue, pauvrement vêtues,

digestifs réclame de nouvelles études. Il y a, en effet, à déterminer la part des ferments solubles, celle des ferments figurés, et, parmi ceux-ci, il reste à distinguer, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, le rôle des cellules propres à l'organisme, celui des ferments-microbes étrangers, en quelque sorte accidentels, enfin celui des granulations, que ces granulations soient organisées, comme le suppose M. Béchamp, simplement amorphes, comme le dit M. Colin, ou constituées par une substance cristallisable, comme vient de le découvrir M. Gautier.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE MÉDICALE

De la paralysie pseudo-hypertrophique.

Leçon de M. le docteur Damaschino, à l'hôpital Laënnec, recueillie par M. G. Variot, interne des hôpitaux, et revue par l'auteur.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Ce court exposé symptomatique vous rappelle dans ses traits principaux le tableau habituel de la paralysie pseudo-hypertrophique. Cette maladie apparaît tantôt dans la première enfance, tantôt vers huit ou dix ans, exceptionnellement chez des adultes. C'est surtout dans le très jeune âge, pendant les premières années, que le début est à craindre : il importe que vous le sachiez, pour pouvoir justement apprécier l'évolution des signes morbides; souvent, en effet, les parents n'attachent pas d'importance aux symptômes initiaux qu'ils ont oubliés ou qu'ils ne songent pas à vous faire connaître, si vous ne rappelez pas leur souvenir sur ce point par des questions minutieuses. C'était précisément le cas pour notre jeune fille, que l'on nous affirmait n'avoir été malade que depuis l'âge de dix ou douze ans seulement, tandis que, vous vous en souvenez, le début date de la première enfance. Chez elle d'ailleurs, de même que dans la plupart des cas observés jusqu'à ce jour, l'affaiblissement des forces a manifestement précédé l'accroissement de volume des muscles, mais l'impuissance motrice a augmenté à mesure que se développait l'hypertrophie musculaire. La faiblesse des membres constitue en effet le seul symptôme de la première période ; plus tard, avec une hypertrophie apparente, coexiste toujours une faiblesse réelle de ces membres dont le volume est si fortement accru. Il est également assez habituel d'observer une atrophie des muscles des membres supérieurs, atrophie que nous ne rencontrons pas d'une façon bien évidente chez la jeune D. Les masses charnues, malgré l'altération dont elles sont atteintes et que je vous ferai bientôt connaître, possèdent une consistance assez ferme ; l'appréciation exacte de leur force de contriction au dynamomètre montre que cette force est notablement plus faible qu'à l'état normal.

Quant à la contractilité électro-musculaire, Duchenne avait fait observer qu'elle était assez variable ; notre malade nous offre une certaine diminution de cette contractibilité, mais à un degré différent, suivant les muscles excités. Tandis que les courants intermittents, même peu intenses, déterminent des contractions énergiques au niveau des membres supérieurs, de la nuque et des pieds, par contre, les muscles deltoïdes, grands obliques de l'abdomen, grands fessiers, ainsi que les masses charnues des membres inférieurs réagissent mollement, même avec des courants puissants. Ces résultats sont identiques, soit que l'on agisse sur les troncs nerveux, soit que l'on porte directement l'excitation sur les muscles eux-mêmes. J'ai en outre recueilli avec grand soin, à l'aide des appareils enregistreurs destinés à cet usage, le tracé de ces contractions musculaires, je n'ai rien constaté d'anomal, ni dans la forme du graphique ni dans la durée du temps perdu.

La question que se sont posée immédiatement les premiers observateurs est de savoir à quelles altérations se rapporte cette hypertrophie apparente des muscles, pseudo-hypertrophie coïncidant avec une faiblesse telle que les premiers exemples de cette maladie ont été publiés sous le nom de paralysie hypertrophique.

En Allemagne, on a pratiqué de véritables opérations chirurgicales pour résoudre ce problème. Griesinger et Billroth n'ont pas craint de faire sur un malade, préalablement chloroformé, des incisions pour aller à la recherche de lambeaux musculaires. Cette méthode, vraiment inhumaine, n'a pas été suivie en France ; Duchenne et d'autres anatomo-pathologistes ont pu se procurer, avec l'emporte-pièce histologique, de petits fragments de muscles suffisants pour l'examen. Nous avons eu recours à cet instrument pour notre malade; des fragments, ainsi extraits à la région du mollet, les uns ont été soumis à la dissociation ; les autres ont pu, grâce au procédé

se dandinant avec une allure caractéristique, qu'imitent parfaitement au théâtre les acteurs chargés des rôles de femmes, et s'appuyant le long des murs, car je n'en ai jamais vu se servir de cannes, sont des veuves restées sans fortune, ou des femmes renvoyées par leur mari. Les jeunes filles à petit pied trouvent toujours à se marier ou à se placer comme concubines chez les gens aisés.

Toutes celles que j'ai vues défiler sur le lit de visite étaient en bonne santé. Quelques-unes se cachaient la figure ; d'autres ricanaient; mais la plupart avaient l'air insouciant de nos filles de maison en semblable occasion. J'ai remarqué chez toutes la rareté du système pileux, et une gracilité de formes qu'expliquait peut-être leur jeune âge, car M. Morache dit, au contraire, avoir remarqué chez les Chinoises un développement inusité du mont de Vénus et des grandes lèvres. Il paraît disposé à croire que cette hideuse et barbare coutume de déformer les pieds des femmes pourrait être due à un calcul de lubricité, les Chinois sachant fort bien, en horticulture, sacrifier certaines parties d'un végétal pour en développer d'autres outre mesure. Ce qui est plus certain, c'est qu'on n'a jamais pu pénétrer encore l'origine et la raison de cet odieux complément de toute éducation distinguée chez la femme.

Il paraît assez singulier de voir les Anglais instituer une police de la prostitution en Chine, alors qu'il n'existe rien de semblable en Angleterre, ni chez les Chinois. La raison en est dans le caractère international des grands ports ouverts. Ce caractère appartient encore plus au port de Shanghaï qu'à celui d'Hong-Kong, le commerce maritime y offrant une activité incomparable, et la rivière de Wang-Poo, sur les bords de laquelle, au-dessous de la ville chinoise, se prolongent les quais français, anglais et américains, étant le séjour habituel des stations navales des puissances étrangères. Les marines des trois nations signataires des traités y sont représentées en permanence par des navires de guerre, auprès desquels se trouvent presque toujours des navires russes, espagnols ou autres.

Les commandants de ces forces militaires et les capitaines de l'innombrable marine de commerce qui afflue dans les eaux de Shanghaï élevaient des plaintes incessantes au sujet des dangers que courait la santé de leur personnel à terre, et j'ai connu des commandants qui avaient renoncé à accorder aucune permission

technique de M. Mathias Duval, être débités en coupes fines soit parallèlement, soit perpendiculairement à la direction des fibres musculaires. Vous pourrez examiner vous-mêmes les préparations ainsi obtenues ; elles sont des plus démonstratives ; voici en peu de mots ce que vous y constaterez. Les faisceaux musculaires ont tous conservé leur striation longitodinale et transversale et ne présentent point les caractères de l'altération granuleuse ; mais ils sont remarquables par l'extrême inégalité de leurs dimensions. A côté de faisceaux d'une largeur normale, vous en trouverez d'autres dont le diamètre est à peine moitié moindre. C'est là un fait intéressant que j'ai déjà observé en 1867 dans un examen que j'ai eu occasion de faire pour Duchenne (de Boulogne) lui-même ; il est soigneusement noté dans les lésions histologiques rapportées par Gowers dans un cas où l'autopsie fut pratiquée : la planche annexée à son travail indique fort bien ce point d'anatomie pathologique. Entre ces faisceaux musculaires se trouvent interposées des fibres conjonctives et des vésicules adipeuses ; ce tissu intermédiaire est très abondant, car l'espace qu'il occupe sur les préparations est bien supérieur à celui du champ des faisceaux musculaires eux-mêmes. J'ajoute que les noyaux de sarcolemme offrent leur disposition normale.

Telles sont les lésions caractéristiques de cette affection, lésions bien différentes de celles que l'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive ou dans la paralysie spinale infantile. Dans l'atrophie musculaire progressive, les fibres musculaires sont très diminuées de volume, mais à un degré beaucoup plus considérable ; de plus, ces fibres sont habituellement granuleuses et les noyaux du sarcolemme augmentés de nombre, remplissant parfois les gaînes du myolemme à peu près vides ; il y a très souvent de la graisse interposée aux faisceaux musculaires, mais jamais ce développement considérable du tissu conjonctif, que l'on constate dans la paralysie pseudo-hypertrophique. Il en est à peu près de même pour la paralysie spinale de l'enfance. Les lésions atrophiques atteignent fréquemment un développement considérable, quoique la striation transversale persiste assez souvent ; la lipomatose est, dans la plupart des cas, très accentuée, au point de masquer en partie l'atrophie réelle des muscles, mais il n'existe aucun développement de tissu conjonctif. Vous vous garderez bien de prendre pour des fibres bouclées de ce tissu les gaînes vides du sarcolemme, lesquelles, dans nombre de points, représentent les seuls vestiges persistants des fibres musculaires. N'oubliez pas, d'ailleurs, qu'à l'inverse de la paralysie infantile et de l'atrophie musculaire progressive, la paralysie pseudo-hypertrophique n'est caractérisée par aucune lésion macroscopique ni microscopique de la moelle; c'est là un point important que nous ont fait connaître les recherches de M. Charcot et celles de M. Cornil.

(A suivre.)

MÉDECINE PRATIQUE

De l'occlusion intestinale, par le docteur Gilbert Trapenard (de Gannat).

Suitee et fin. — Voir les numéros 9 et 11.

Dans trois de ces observations nous pouvons nous rendre compte de la cause de l'occlusion.

Eliminons la colique de plomb de l'ouvrier peintre, mais en faisant remarquer qu'il y a bien dans ce cas occlusion intestinale (il manque les vomissements), et qu'aussitôt le cours des matières rétabli, la scène morbide est terminée.

L'observation III offre l'étiologie très nette d'une hernie réduite en masse, et dont les signes d'étranglement persistent pendant six jours et s'amendent. Dans les obs. XVI et XVII, il y a véritable obstruction par corps étrangers, haricots ingérés en très grande quantité. On objectera peut-être qu'il eût fallu avoir recours d'emblée aux purgatifs les plus énergiques, et y insister : on remarquera la rapidité extrême de la maladie et de sa terminaison fatale. Sa durée ne dépasse pas vingt-quatre heures dans les deux cas. Du reste, dans l'obs. II, les purgatifs n'ont pas réussi.

Tel n'est pas l'avis de Guéneau de Mussy (1) qui donne des pilules d'huile de croton de 1 centigr., en faisant suivre chaque pilule d'une gorgée de glace râpée en neige. Sydenham, dans sa description des coliques bilieuses des années 1670-71-72, qui semblent être de véritables occlusions intestinales, conseille les calmants avant les purgatifs, et ces calmants doivent être administrés à des doses beaucoup plus fortes que dans les circonstances ordinaires. Ce grand observateur est du nombre de ceux dont on doit, non seulement « lire ou méditer, mais mâcher les œuvres. » Il avait déjà remarqué

(1) *Clinique médicale*, t. II. – *Occlusion.*

à leurs hommes, quelle que dût être la durée de leur séjour

C'est à la suite de ces plaintes réitérées que l'autorité anglaise à Hong-Kong s'était décidée à instituer un *Lock-house* et une police sévère de la prostitution indigène. Mais à Shanghaï où, par suite d'une organisation qui n'offre pas ailleurs de semblable modèle, l'administration publique se trouve aux mains de municipalités investies à la fois du pouvoir législatif et exécutif (dans le ressort municipal, bien entendu), les choses étaient plus compliquées. Le conseil français et le conseil anglo-américain (telle est la division établie) vivent en bons voisins, mais ils sont loin d'être toujours d'accord.

Lors de mon séjour à Shanghaï, bien que le principe d'une réglementation de la prostitution ne fût que faiblement contesté, les deux autorités compétentes n'avaient pas encore réussi à s'entendre ; et il semblait que des mesures, dont l'urgence avait été méconnue si longtemps, seraient indéfiniment ajournées, malgré les nécessités chaque jour plus manifestes. J'eus l'occasion de joindre des instances officieuses aux pressantes sollicitations des médecins européens de Shanghaï. On a fini par se mettre d'accord, et un *Lock-house* et un système de surveillance sévère ont été institués, non sans peine. Le dernier numéro des Custem médical reports (mars 1881), contient l'extrait suivant du rapport de M. le docteur Pichon *sur le service médical de la municipalité française pendant l'année 1880* : « Le Conseil a pris (depuis le 1er octobre 1880) la résolution de contribuer de nouveau aux dépenses occasionnées par le dispensaire des filles publiques. Cette décision, dont je remercie hautement le Conseil, aura pour effet de consolider d'une façon définitive le fonctionnement du dispensaire dont la création et la marche avaient rencontré tant d'obstacles jusqu'ici. »

Jusqu'ici, ces mesures défensives n'ont eu à s'adresser qu'à la prostitution indigène, à laquelle l'Europe n'a pas encore fourni de concurrence. Il y avait bien alors à Shanghaï une maison de filles américaines : mais sa tenue, l'apparence de son personnel, une sorte de décence extérieure lui assignaient un rang assez à part dans ce commerce interlope.

La prostitution indigène, de son côté, m'a paru, sinon très attrayante, du moins assez provocante. Les bâtiments de commerce, dès leur arrivée, sont abordés, sous prétexte de blan hissage, par des femmes qui ne sont autres que des filles de la pire espèce : en Chine, ce sont les hommes qui exercent en réalité

que dans les grandes douleurs, des doses fortes sont supportées par des malades très sensibles à l'état ordinaire, et que l'activité thérapeutique s'épuise pour ainsi dire contre la douleur. Ces mêmes doses, suffisantes pour les cas ordinaires, toxiques même dans quelques-uns de ces cas, sont nécessaires dans les cas de coliques hilieuses, nous disons, nous, contre les grandes douleurs de l'occlusion intestinale.

Les autres observations représentent les cas les plus ordinaires; il est impossible de découvrir une cause matérielle à l'occlusion; en dehors d'un trouble nerveux et fonctionnel de l'intestin, on ne trouve ni une tumeur existant à l'avance, ni une lésion du péritoine. C'est donc par élimination qu'on peut rapporter les symptômes observés à l'occlusion simple. Y a-t-il eu volvulus dans quelques cas? Dans l'observation II, où la douleur et l'arrêt des matières dura douze jours, on a observé les selles avec soin: elles étaient liquides, n'ont fourni aucune membrane, il n'y a pas eu de péronite. Dans l'observation XX, la variété des accidents nerveux observés précédemment autorisait à conclure à un spasme avec mouvements antipéristaltiques.

Après l'évacuation, le régime doit être sévère, parfois il est nécessaire de répéter la purgation.

L'alimentation doit consister en houillons légers de poulet, de veau pris en petite quantité, froids et souvent répétés pendant deux à trois jours. Un lait de poule, un œuf à la coque, puis des viandes légères. Généralement vers le sixième jour l'alimentation ordinaire est permise.

L'observation XXI est instructive au point de vue du traitement de l'accès. A deux reprises, l'injection de morphine calma les douleurs, et permit d'administrer avec succès un purgatif le surlendemain. Outre son efficacité contre la douleur, ce mode d'administration du médicament, cette introduction de vive force et pour ainsi dire subite dans l'économie, n'ont-ils pas une action puissante sur le spasme par l'action générale, presque instantanée sur le système nerveux, sur l'ataxie de la force nerveuse? On serait tenté de croire que son utilité va au delà de l'action calmante, puisque chez un même sujet, à quelques mois de distance, la même maladie cède deux fois après l'injection, et la troisième, en l'absence de ce mode de traitement, se termine par la mort.

Dans un autre cas, étranger à la série des malades signalés, dans une colique hépatique, j'eus à soigner le même malade huit fois, à quelques années d'intervalle. Dans les trois premières atteintes, l'application sous-cutanée de morphine produisit un calme bienfaisant; l'état douloureux du foie avait produit un certain gonflement de l'organe, dont les cataplasmes, l'onguent napolitain, le calomel eurent raison. A une quatrième atteinte, la malade refusa obstinément l'injection, sous prétexte que ses règles ayant été arrêtées, c'était la seule chose dont je dusse m'occuper. J'eus beau lui représenter que la douleur violente à laquelle elle était en proie était la seule cause de tout le mal, que la douleur calmée et l'accès passé les choses reviendraient à leur état normal: rien ne put vaincre son entêtement. Je me retirai. On eut recours à un autre confrère qui employa un traitement moins actif. La malade succomba au bout de huit jours, au grand ébahissement dudit confrère, qui pensait sans doute qu'on ne meurt pas de colique hépatique.

L'action de la morphine dans la colique hépatique, non seulement fait cesser la douleur, mais selon toute probabilité arrête dans leur éclosion les phénomènes inflammatoires qui peuvent surgir du fait du calcul. N'en est-il pas de même dans l'occlusion?

Dans un autre cas de coliques hépatiques qui dura plusieurs jours avec de violentes exacerbations, les injections de morphine et d'atropine employées avec insistance épargnèrent certainement à la patiente des complications inflammatoires que faisaient redouter la violence insolite et la durée des accidents. L'injection de morphine dans la passion iliaque a donc non seulement une action calmante, mais jusqu'à un certain point curative; par l'énergie, l'instantanéité de son action, il semble qu'elle prévienne les accidents d'inflammation ou de collapsus nerveux en amortissant la douleur locale, en supprimant le danger d'impression trop forte sur le système nerveux central et trisplanchnique. Sa supériorité d'action sur les médicaments opiacés qui abordent l'économie par une autre voie est évidente.

La durée de l'incubation de l'effet sensible est d'environ 13 à 16 minutes; ce point est tellement d'application générale que, pour comble de prudence, en attendant un quart d'heure de plus, je crois pouvoir poser en règle que si l'effet calmant n'est pas produit après un quart d'heure, une demi-heure au maximum, on est en droit de doubler la dose. Après cette seconde épreuve, le pronostic doit s'aggraver si aucun effet n'est obtenu.

Après l'injection, on peut continner l'imprégnation de l'éco-

---

tous les métiers dévolus parmi nous à l'autre sexe. En dehors des fameux bateaux de fleurs de Canton, je n'ai pu distinguer dans les villes chinoises la prostitution extérieure; mais j'ai rencontré plus d'un récit de femmes errant dans les endroits solitaires et s'offrant aux passants. Dans les quartiers chinois des concessions, c'est-à-dire de la ville européenne (on compte environ 150,000 indigènes sur le terrain concédé), des rues entières sont garnies de petites maisons sur la porte desquelles on voit une fille, le visage couvert d'un fard éclatant, une rose rouge piquée dans les bandeaux noirs, dont la mimique n'exige aucune connaissance de la langue chinoise pour être comprise. Toutes ces maisons sont, ou du moins étaient naguère, des repaires de syphilis.

C'est sur la population flottante que spécule cette infime prostitution. La population fixe des concessions contient une très grande majorité de célibataires. Beaucoup d'entre eux prennent une maîtresse, facile à trouver dans un milieu moyen de la population indigène, qui leur est généralement fidèle, mais leur apporte plus de complaisance que de réciprocité, les Chinoises n'ayant aucun goût pour la race blanche.

La prostitution, en Chine, ne répond pas aux mêmes besoins que dans nos contrées. Les hommes se marient tous et très jeunes, et l'institution du concubinage leur permet, à peu près à tous les degrés de l'échelle sociale, de satisfaire à leurs caprices et à leurs passions. La fille publique est pour eux plutôt un objet de passe-temps et de luxe qu'autre chose. Les Chinois les plus rangés les appellent dans leurs festins et leurs réunions, ou se rendent chez elles. Ils les remplacent quelquefois par de jeunes garçons élevés pour ce triste partage. Mais le tout se borne le plus souvent à des conversations vives et animées.

Ce peuple, grave et assez morose en apparence, aime par-dessus tout à s'entourer d'images riantes. Il veut que ses instruments de ses plaisirs lui apportent de la gaieté, de l'humour; la musique est un talent recherché pour ces créatures, et celles qui savent chanter en s'accompagnant d'une sorte de guitare ou de lyre sont les mieux prisées. Mais la pipe d'opium est le complément nécessaire de toute réjouissance, et l'expression la plus réelle et la plus définitive de la sensualité chinoise.

Quant à la syphilis, elle est d'autant plus répandue qu'elle n'est l'objet d'aucune intervention médicale. Les Chinois connaissent les maladies vénériennes comme les connaissaient les Israélites au

nomie par les préparations d'opium, 3 p. 100 et belladone, 1 p. 100 ou les solutions de morphine, 5 centigr.; atropine, 5 milligr.; eau, 10 grammes, par gouttes dans la journée.

Le lavement an choral 2 grammes, jaune d'œuf no 1, un demi-verre de lait, est aussi un très utile adjuvant.

Guéneau de Mussy vante beaucoup la helladone qui ranimerait la fibre lisse.

Les dosimétristes associent l'hyoscyamine (analogue à l'atropine) à la strychnine, pensant obtenir ainsi une sorte d'action et de réaction, repos par hyoscyamine, contraction par strychnine.

Je n'ai pas qualité pour juger la question, bien que je trouve cette physiologie un peu bien hasardée, mais je signale le fait. Ils attribuent à cette logomachie des succès inespérés.

L'occlusion intestinale, assez fréquente, pose toujours la question de vie ou de mort; l'émisssion de quelques gaz, le calme dans les douleurs, dans les vomissements, sont d'un bon pronostic. L'action suh-intrante du lavement purgatif explorateur, sa sortie accompagnée de quelques gaz et de matières, adoucissent le pronostic. La tolérance du purgatif est d'un hon signe; son action équivaut à la guérison.

Connue dans la campagne sous le nom de *colique rouge* (ce nom est preuve de sa fréquence), l'occlusion intestinale est l'objet de beaucoup d'incantations et de manœuvres de sorciers. Une des prières qui s'adressent à la colique rouge est faite à un saint, le saint de la colique, est rimée et se termine par ces mots : Colique, tu n'iras pas plus loin!

Ainsi soit-il!

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Système nerveux

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

I. ARTHROPATHIES DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, par le professeur WESTPHAL (1). — II. COMMUNICATIONS PATHOLOGIQUES, par AUFRECHT (2). — III. CONTRIBUTIONS CLINIQUES A L'ÉTIOLOGIE, A LA SYMPTOMATOLOGIE ET AU DIAGNOSTIC DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, par BODE (1). — IV. FARADISATION CUTANÉE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES CENTRES NERVEUX, par TH. RUMPF (2). — V. SUR LES FORMATIONS LACUNAIRES, CONSIDÉRÉES COMME UNE CONSÉQUENCE DE LA STASE VEINEUSE, par le professeur LANGHANS (3).

Westphal rapporte trois exemples intéressants d'arthropathies chez des ataxiques. Le premier a cela de particulier que les arthropathies intéressaient à la fois le coude, l'épaule et les petites articulations de la main. Ces dernières étaient non seulement tuméfiées et crépitantes, mais douloureuses et le siège d'une rougeur, caractères insolites pour ce genre d'arthropathie. Westphal ne manque pas de le reconnaître, se ralliant d'ailleurs à la description classique donnée par Charcot des arthropathies tabétiques, qui intéressent les grosses articulations et consistent dans une tuméfaction de l'article et des épiphyses, avec ou sans épanchement intra-articulaire, sans douleur, sans élévation locale de la température, sans rougeur et sans empâtement de la peau.

Chez le second malade, un cocher, l'arthropathie qui siégeait au genou se manifesta à titre de symptôme précoce; à ce propos Westphal s'élève contre l'opinion de ceux qui rattachent les arthropathies à une période déterminée de l'ataxie locomotrice. Le malade en question avait eu, *treize ans auparavant*, de la diplopie. Il éprouvait depuis assez longtemps une sensation de froid et d'engourdissement dans les membres inférieurs lorsque le genou droit devint le siége d'une hydarthrose avec gonflement des épiphyses, mobilité anormale de la rotule, sans rougeur et sans douleur. Mêmes phénomènes à gauche, moins accusés toutefois. Au hout de dix mois seulement, les symptômes de l'ataxie confirmée apparurent.

Le troisième malade réalisait le tableau classique de l'ataxie locomotrice avec déformations énormes des deux genoux, qui avaient fait suite aux manifestations habituelles de l'arthropathie tabétique. Westphal a soin de faire remarquer que de tels malades s'adressent volontiers à des chirurgiens qui, s'ils ne tiennent un compte suffisant des symptômes

(1) BERLINER KLIN WOCHENSCHR., no 29, 1881.
(2) CENTRALBLATT FUR DIE MEDIC. WISSENSCH., no 3, 1882.

(1) DISSERT. (HALLE) et CENTRALBLATT FUR DIE MEDIC. WISSENSCH., no 1, 1882.
(2) DEUT MEDIC. WOCHENSCHR., no 32, 1881.
(3) VIRCHOW'S ARCHIV., no 1, 1882.

temps de Moïse. Mais ils n'ont aucune idée de l'évolution de la syphilis, non plus que de sa transmissibilité hors des voies passionnelles.

J'ignore si elle est aussi répandue en Chine qu'au Japon, où le docteur Symmons, de Yokohama, assure que les trois quarts de la population en sont infectés; mais je ne crois pas, d'après mon observation personnelle et d'après les nombreux documents que j'ai pu consulter, qu'elle affecte des manifestations beaucoup plus graves qu'en Europe, si l'on en excepte certains sujets qui offrent un degré de dégradation physique bien rarement atteint dans nos contrées.

(A suivre.)

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, député de la Seine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Frédéric Passy, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire-général, celui de M. le docteur Dujardin-Baumetz sur le concours de 1882, et le rapport de M. Vaney, sur les récompenses, la Société a décerné: à M. le docteur Édouard Burdel, une médaille de vermeil; à M. Jules Jaillet, interne à l'hôpital Rothschild, une médaille d'argent et un prix de 2,000 fr.; des médailles d'argent à M. Charles Edmond et à MM. les docteurs Ardouin et Auguste Guyot; 102 diplômes d'associés honoraires, 17 médailles de bronze, 48 rappels, 27 livrets de caisse d'épargne de 25 francs, 10 collections de la première série de ses bulletins (1873-1879), 15 exemplaires du tome Ier et 8 exemplaires du tome II de la 2e série, 127 collections des années 1880 et 1881 du *Bon Conseiller*, et 271 abonnements pour l'année 1882 à ce journal mensuel publié sous son patronage.

UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE. — Les sociétés d'hygiène continuent à se multiplier en Italie. Il vient d'en être créé une à Florence, dont le bureau est ainsi composé : *président*, le prince Tommaso Corsini; *vice-président*, lo professeur Andréa Simi; *secrétaire*, le docteur Raffaello Zannetti; *trésorier*, Léonidas Giovannetti.

antérieurs et de la marche des accidents s'exposeront à méconnaître la nature de la lésion. C'est ainsi que hon nombre de ces arthropathies auront été méconnues et leur fréquence mal appréciée. Westphal, pour sa part, la croit très grande. Il repousse l'opinion de Buzzard, qui admet une relation étroite entre les crises gastralgiques et les arthropathies; tandis qu'il invoque une cause commune pour ces dernières et la tendance spontanée aux fractures qui se rencontre chez les ataxiques. Quant à savoir si ces arthropathies sont sous la dépendance exclusive de la dégénérescence grise des cordons postérieurs, ou d'une altération des cellules ganglionnaires des cornes antérieures (Charcot), et si on ne les rencontre pas dans d'autres affections du système nerveux, Westphal n'ose encore se prononcer.

— Dans le relevé qu'il donne des affections traitées à l'hôpital de Marburg, pendant l'année 1880, Aufrecht mentionne un cas de sarcome du corps strié droit, sans symptômes d'une lésion en foyer; — une observation de crises gastralgiques, chez un vieillard de quatre-vingts ans, qui ne présentait d'autres symptômes d'une lésion centrale qu'un rétrécissement considérable des pupilles avec absence de réaction à la lumière; pendant les quinze derniers jours avant sa mort, cet homme eut de la rétention d'urine. Les symptômes précoces de l'ataxie locomotrice et en particulier l'abolition des réflexes tendineux manquaient. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une méningite spinale chronique limitée à la région dorsale; les cordons postérieurs avaient une coloration grisâtre et dans leur épaisseur un grand nombre de fibres nerveuses étaient dépouillées de leur gaîne de myéline; — trois observations de paralysie ascendante aiguë. Dans l'une d'elles, le début de la paralysie fut précédé de convulsions épileptiformes et de diplopie. A l'autopsie du malade, le segment cervical de la moelle durcie dans l'acide chromique ne laissait plus voir qu'une zone périphérique de substance saine de un demi millimètre d'épaisseur; dans le reste de la coupe, la moelle était en état de dégénérescence grise. Un peu plus haut, vers le bulbe, les cordons postérieurs seuls étaient altérés; plus bas, aux limites de la moelle dorsale, la dégénérescence grise était limitée au cordon postérieur gauche. Dans le segment dorsal, la dégénérescence intéressait les deux tiers postérieurs du cordon latéral, dans le segment lombaire les cordons latéraux et postérieurs. Pour l'auteur, il s'agissait là d'une myélite centrale cervicale avec dégénérescence ascendante et descendante secondaire.

Aufrecht rapporte encore une observation d'atrophie musculaire très prononcée des membres inférieurs, moins accusée aux membres supérieurs, chez un berger dont un frère et un fils avaient succombé à une affection en tout semblable. La sensibilité et les fonctions des sphincters étaient intactes; abolition des réflexes cutanés et tendineux, de la contractilité faradique des muscles atrophiés qui réagissaient encore sous l'influence d'un courant galvanique fort. Le malade mourut dans le délire. — Dans le segment cervical de la moelle, les cellules ganglionnaires des cornes antérieures étaient atrophiées; la substance grise était encombrée de granulations. Dans le segment dorsal, les grosses cellules des cornes antérieures avaient fait place à des amas informes, sans noyau d'un jaune clair. Atrophie de ces mêmes cellules dans le segment lombaire. L'auteur incline à placer l'origine de l'atrophie musculaire progressive dans une lésion périphérique qui frappe certains groupes de muscles prédisposés ou surmenés. La lésion périphérique engendre la lésion centrale, c'est-à-dire l'atrophie avec dégénérescence des cellules ganglionnaires des cornes antérieures du segment correspondant de la moelle, qui s'étend ensuite à d'autres régions de l'axe spinal, pour de là entraîner l'atrophie secondaire de nouveaux groupes de muscles. — Théorie éclectique, mais bien compliquée!

— Du mémoire de Bone sur l'atrophie musculaire progressive, deux points sont à mentionner : le premier est relatif à l'étiologie. L'auteur signale comme point de départ de l'atrophie musculaire, le décubitus prolongé sur un même côté dans le cours des affections pulmonaires graves. Mais, comme il n'a pas constaté dans les muscles en voie d'atrophie la réaction de dégénérescence signalée par Erb et d'autres auteurs comme un symptôme précoce de ce genre de myopathie, on se demande si ses observations se rapportent à l'atrophie musculaire progressive vulgaire. Il affirme encore que les tremblements fibrillaires ne se rencontrent qu'au début de la maladie (ce qui veut dire sans doute qu'ils cessent de se manifester quand les fibres musculaires sont totalement dégénérées). Il signale des sensations anormales très pénibles (reptation d'un serpent, battements d'une montre) développées par les frémissements fibrillaires.

En second lieu, l'auteur rapporte une observation où l'atrophie des muscles de l'avant-bras et de la main concordait avec une tuméfaction du ganglion épitrochléen, et il voit dans ce fait un argument en faveur de la théorie de Friedreich, qui attribue à l'atrophie musculaire progressive une origine périphérique et en fait une inflammation primitive des appareils musculaires voués à l'atrophie.

— Suivant l'exemple de M. Vulpian, Rumpf a traité par des applications du pinceau faradique une dame de 37 ans qui présentait, depuis quelques mois, les symptômes d'une myélite transversale avec névrite optique constatée à l'examen ophthalmoscopique. Le pinceau était promené sur la poitrine, les bras et le dos. Déjà, au bout de quelques séances, les troubles visuels s'étaient améliorés et au bout d'un mois de traitement tous les accidents avaient rétrocédé.

Des succès tout aussi éclatants ont été obtenus par l'auteur chez des malades offrant des signes d'une hyperémie des centres nerveux et des méninges, à l'aide de la faradisation cutanée. Des observations sont publiées à l'appui.

— Dans un travail basé sur quatre observations récentes de syringomiélie, Langhans arrive à cette conclusion que les formations lacunaires (foyers de désintégration) sont la conséquence d'une élévation de pression dans les fossettes cérébelleuses. Dans les faits visés par Langhans, il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse siégeant une fois sur le plancher du quatrième ventricule, deux fois dans le *vermis* et chez le dernier malade dans le plexus choroïde. Il en était résulté un aplatissement de la protubérance contre la base du crâne. Les lacunes se rencontraient exclusivement dans la portion cervicale et dans l'étage supérieur de la portion dorsale de la moelle, et elles communiquaient manifestement avec le canal central dont elles n'étaient que des diverticules. Ceux-ci se dirigeaient presque tous de haut en bas; quelques-uns seulement avaient un prolongement allant de bas en haut. Il faut distinguer ces lacunes des prolongements, en forme de fente, du canal central, qui se trouvent surtout dans la commissure grise et dans les cornes postérieures, tandis que les lacunes occupent la partie antérieure des cordons postérieurs,

sans jamais envahir la commissure antérieure. Quand les lacunes ont une paroi propre, celle-ci est constituée par une mince lamelle de tissu conjonctif; un revêtement épithélial n'existe que dans les lacunes intéressant la substance grise. La cause prochaine de la formation lacunaire serait le dépôt d'une substance gélatineuse entre les éléments veineux : il s'agirait, en un mot, d'une forme spéciale de l'œdème, et celui-ci serait la conséquence d'une stase par compression, ayant son origine à la base du crâne.

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 mars. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie pathologique. — Sur un cas de préservation contre la maladie charbonneuse observée chez l'homme. Note de M. E. Cosson

En 1854, un fermier, habitant la commune de Fontenay-sur-Loing (Loiret), a été atteint d'une affection charbonneuse légère. Le 20 février dernier, il a de nouveau subi les atteintes de la même maladie infectieuse qui, cette fois, et dès le début, a déterminé des accidents généraux des plus graves et en apparence mortels. Pendant plus de vingt-quatre heures, le malade a été en proie à une fièvre ardente et plongé dans une somnolence et une insensibilité comateuse; mais ces accidents n'ont pas tardé à disparaître. Peu de jours après, lorsque j'ai examiné le malade, la fièvre avait disparu et il ne restait plus que les lésions locales, consistant en deux profondes ulcérations et un large décollement à la face dorsale de la main.

La rapidité avec laquelle l'amélioration s'est produite me paraît démontrer que la première atteinte a agi comme une véritable vaccination, bien qu'elle remonte à une époque déjà éloignée. L'observation dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie est, chez l'homme, la confirmation des faits établis par les belles expériences de notre éminent confrère, M. Pasteur, pour la préservation des animaux par l'inoculation du virus atténué.

Physiologie. — Influence du système nerveux sur les vaisseaux lymphatiques. Note de MM. P. Bert et Laffont, présentée par M. Bouley.

Les vaisseaux lymphatiques se comportent vis-à-vis des excitants physiques absolument comme les vaisseaux sanguins, et, tandis que tout le monde est d'accord pour attribuer ces phénomènes de dilatation ou de resserrement vasculaire sanguin au système nerveux, personne n'a cherché s'il en est de même pour le système vasculaire lymphatique. Peut-être doit-on attribuer cet oubli à la difficulté que l'on a a observer un certain temps les lymphatiques intestinaux d'un animal en digestion et à découvrir sur le vivant les lymphatiques des autres régions.

Dans tous les cas, nous avons pensé qu'il était utile d'essayer de combler cette lacune, et nous venons brièvement exposer devant l'Académie les résultats de nos premières recherches, que nous nous réservons de continuer dans la suite.

1° Ayant ouvert, dans de l'eau tiède, l'abdomen d'un animal en digestion, afin d'éviter l'action de l'air et du froid sur les vaisseaux lymphatiques, et excitant alors électriquement les nerfs mésentériques, nous vîmes les chylifères, qui étaient restés gonflés se rétrécir peu à peu et disparaître.

2° Sur un autre animal portant la même excitation électrique sur les nerfs splanchniques, en employant les mêmes courants a peine sensibles à la langue, nous vîmes au contraire les mêmes vaisseaux chylifères se dilater d'une façon évidente et devenir turgescents.

3° Après section des pneumogastriques, la même excitation des bouts périphériques de ces nerfs, tout en provoquant les mouvements péristaltiques de la première partie de l'intestin, a produit simultanément une dilatation rapide et fugace de ces vaisseaux, et ensuite un rétrécissement constant.

4° Nous avons voulu voir encore si les phénomènes seraient les mêmes chez les animaux curarisés. On sait, depuis les travaux de Claude Bernard, que les pulsations des cœurs lymphatiques de la grenouille s'arrêtent lorsqu'on curarise ce batracien, en même temps que les fonctions des nerfs musculo-moteurs sont suspendues.

Devait-il en être de même pour les vaisseaux lymphatiques? L'expérience a prouvé le contraire. Néanmoins, la curarisation a provoqué des modifications du phénomène. C'est ainsi que, tandis que l'excitation des nerfs mésentériques amenait chez l'animal intact une constriction du vaisseau lymphatique, chez l'animal curarisé, au contraire, la dilatation du vaisseau a été constante, que l'excitation fût portée sur le nerf splanchnique ou sur le nerf mésentérique.

5 Nous devions nous demander encore si ces changements dans le diamètre des lymphatiques n'étaient pas le résultat secondaire d'une action des nerfs excités sur la circulation sanguine de l'intestin. Nos recherches nous ont montré que les phénomènes de constriction ou de dilatation des vaisseaux lymphatiques étaient indépendants de l'état de réplétion ou de vacuité des vaisseaux sanguins.

En effet, la section des nerfs mésentériques, en provoquant la turgescence des vaisseaux sanguins, n'empêche pas le cours normal du chyle et n'amène aucune modification dans le calibre des chylifères. La ligature des artères ne s'oppose pas non plus à la constriction ou à la dilatation des vaisseaux lymphatiques satellites chez l'animal non curarisé

6° Nos recherches ne se sont pas bornées à l'étude des nerfs des chylifères, et, dans des expériences faites sur de gros animaux (âne, cheval), nous avons vu, sous l'influence de l'électrisation du bout périphérique du trijumeau (nerf sous-orbitaire), les vaisseaux lymphatiques de la lèvre supérieure devenir variqueux, et faire une saillie incolore sous la muqueuse de la lèvre supérieure.

7° Nous avons enfin pu reproduire, sur les lymphatiques chylifères du chien et sur le canal thoracique, l'expérience de Gubler sur les veines de la main. Un choc léger sur le vaisseau a produit un rétrécissement lent et qui s'est propagé en avant. A ce rétrécissement a fait suite une intumescence volumineuse et ovoïde, qui a duré près de trois minutes.

Tels sont les résultats de nos premières recherches. Nous n'avons point encore essayé de circonscrire les départements innervés par chacun des deux nerfs splanchniques; nous n'avons encore aucune expérience sur les actes réflexes des vaso-moteurs lymphatiques, ni sur les lymphatiques des vertébrés inférieurs. Nous aurons également à faire ressortir le rôle des nerfs vaso-moteurs lymphatiques dans la nutrition et leur importance au point de vue pathologique.

Séance du 20 mars 1882. — Présidence de M. Jamin.

Physiologie animale. — Sur la digestion pancréatique. Note de M. Duclaux, présentée par M. Pasteur.

..... Un petit fragment de pancréas introduit dans de l'empois d'amidon le liquéfie et fait disparaître les globules d'amidon. Il n'en respecte que la tunique extérieure, qui reste intacte également sous l'action de la diastase de l'orge germé. Cette tunique externe, isolée, ne bleuit par l'iode que sous l'action de l'acide sulfurique. Elle est plus ou moins épaisse dans les diverses espèces d'amidon. C'est une véritable cellulose. Sauf ce résidu, tout le reste est dissous, et le pancréas fait ainsi ce que nous avons vu que le suc gastrique n'avait pu faire. Il n'est que juste d'ajouter que cette action digestive du pancréas sur l'amidon avait été déjà vue dans

ses traits généraux par Cl. Bernard. Elle est, en effet, trop prompte pour que les ferments y puissent jouer un rôle.

Celle qui s'exerce sur les matières albuminoïdes est restée jusqu'ici beaucoup plus confuse. En introduisant, comme nous l'avons dit plus haut, 0gr.001 à 0gr.002 de tissu du pancréas dans 10cc de lait, on voit le liquide se décolorer en quelques heures, au bout desquelles il ne précipite plus par les acides, ni par le ferrocyanure du potassium acidulé, ni par l'acide nitrique. C'est donc le pancréas qui est l'agent de la digestion du lait, et l'efficacité incontestable du lait dans le traitement de certaines maladies de l'estomac tient peut-être à ce que cet organe n'a rien à faire avec la digestion de ce liquide.

Avec la viande crue, dans les mêmes conditions que plus haut, on assiste à une véritable dislocation de la fibre musculaire, surtout vers ses extrémités, sur les points où elle n'est plus protégée par le sarcolemme. Ses fibrilles élémentaires se séparent les unes des autres et s'étalent en panaches, par suite de la dissolution de la substance interfibrillaire. Si l'on compare cette action à celle que nous avons reconnue au suc gastrique, on voit que l'on peut les résumer toutes deux d'une façon superficielle, mais correcte, en disant que le suc gastrique tronçonne la fibre en large, et le suc pancréatique en long.

L'action ne se borne pas à cette dislocation longitudinale. La viande crue se transforme peu à peu en pulpe alimentaire qui ressemble en ceci à celle que fournit le suc gastrique : c'est qu'il n'y a jamais dissolution complète. Les éléments qui résistent sont trop petits et trop indistincts pour que j'aie pu voir à quoi ils se rattachaient histologiquement. Mais ce qui est important, c'est que le suc pancréatique n'est pas plus capable que le suc gastrique de digérer indifféremment les diverses matières albuminoïdes.

Un autre fait va nous ramener à la même conclusion. Dans ces matras où nous venons de les voir provoquer la transformation de certaines matières albuminoïdes en peptones, les fragments de pancréas restent intacts, et on les retrouve au bout d'un an de séjour à l'étuve avec leurs formes et leurs dimensions originelles. Contrairement à ce qu'on a annoncé, le pancréas ne se digère pas lui-même. Lorsque cela a lieu, c'est qu'on a laissé intervenir les infiniment petits. Nous retrouvons là un nouvel exemple de cette loi que j'ai déjà visée, et qui veut que toute cellule vivante soit faite d'éléments inattaquables dans les conditions où elle doit vivre, et pour les diastases qu'elle peut sécréter.

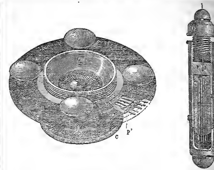
Si maintenant on songe, d'un côté, que la caséine qui résiste à l'action du suc gastrique est digérée par le pancréas, de l'autre que le tissu du pancréas se dissout rapidement dans le suc gastrique, on pourrait se croire autorisé à conclure que les diastases actives du suc gastrique et du pancréas sont différentes. Cette conclusion serait prématurée. Je montrerai en effet bientôt que l'action d'une diastase est une fonction très compliquée des conditions physiques et chimiques du milieu dans lequel elle agit. Mais nous avons tout d'abord à étudier la digestion intestinale, et à examiner la part qu'y prennent les infiniment petits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1882. — Présidence de M. Hardy.

— M. Bouley présente, au nom de M. Burq, un nouvel instrument, qu'il désigne sous le nom de *vaccineuse*, destiné à recueillir, conserver et insérer les virus en général, et le vaccin humain en particulier, de façon que la vaccination jennérienne puisse suffire seule à tous les besoins et être pratiquée sûrement par toutes les mains, sans douleur ni effusion de sang.

Voici le dessin de l'instrument :



Légende. — Fig. 1 représente une grande *vaccineuse médicale*, vue en perspective, et fig. 2 une petite *vaccineuse*, dite *des familles*, grandeur d'exécution l'une et l'autre. — Des coupes ont été pratiquées sur le dessin pour montrer les détails et la disposition intérieure des instruments.

— A l'occasion du procès-verbal, une courte discussion s'engage entre MM. Béchamp, Colin (d'Alfort) et Gautier sur les microzymas et les granulations insolubles des ferments digestifs. (Voir le *Premier-Paris*.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

M. le secrétaire perpétuel lit une lettre de M. Le Fort, dans laquelle ce chirurgien, rendant hommage à la dernière communication de M. Vulpian, réclame une nouvelle intervention de son collègue pour éclairer cette question de pratique chirurgicale : Quand on a à pratiquer une opération douloureuse, faut-il se borner à atténuer la sensibilité sans aller jusqu'à une anesthésie complète, ou bien doit-on pousser jusqu'à une anesthésie complète, profonde, absolue ? Si le chloroforme n'éteint pas l'action réflexe du traumatisme opératoire sur le bulbe, la syncope qui se produirait avec l'anesthésie profonde serait plus grave qu'avec l'anesthésie incomplète.

M. Trélat répond aux objections du dernier discours de M. Gosselin et conclut en disant qu'en définitive tout le monde est d'accord au fond sur la méthode à employer. Le seul point qui a provoqué des dissidences, c'est l'aphorisme de Sédillot, accepté par MM. Gosselin et J. Guérin, repoussé par tous les autres chirurgiens. La discussion est donc épuisée.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Colin (d'Alfort) sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Pneumothorax. — M. Vallin présente un jeune sous-officier de cavalerie, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution et qui, jusque dans ces derniers temps, avait toujours joui d'une santé parfaite. Il y a quinze jours, en se réveillant, il éprouva quelques légers malaises : on crut tout d'abord à une simple bronchite lorsque, le lendemain matin, en l'auscultant, on fut tout surpris de découvrir un pneumothorax du côté droit. Il n'avait point de fièvre, point d'oppression, point de toux ; on ne percevait aucun tintement métallique. En un mot, il n'y avait pas le moindre épanchement pleural, et l'on entendait seulement un souffle nettement amphorique dans les trois quarts de la cage thoracique du côté droit.

Tout d'abord, M. Vallin pensa qu'il s'agissait là de la rupture de quelques vésicules pulmonaires, résultant d'un effort plus ou moins violent. Le malade, cependant, déclare n'avoir fait ni effort ni mouvement un peu brusque.

Comme antécédent tuberculeux héréditaire, il n'y a absolument rien. Comme antécédents personnels, on relate seulement une orchite traumatique survenue il y a dix-huit mois, le malade retombant sur le pommeau de sa selle pendant des manœuvres de cavalerie. De là, de temps à autre, un peu de gonflement du testicule droit, autrefois malade, mais qui disparaît facilement en deux ou trois jours par l'application de la pommade mercurielle.

Le lendemain de son entrée dans le service de M. Vallin, le malade avait un peu de fièvre, laquelle semblait tenir, comme à chaque petite récidive, au gonflement testiculaire qui était apparu la veille, de telle sorte que les malaises qu'il avait éprouvés le jour précédent à son réveil pourraient tenir à peu près exclusivement à l'orchite récidivante et non au pneumo-thorax. Le fait paraît d'autant plus vraisemblable que trente-six heures plus tard le malade se trouvait de nouveau très bien portant, malgré son pneumothorax.

Cependant la respiration du poumon gauche n'est pas tout à fait normale.

En somme, M. Vallin ne sait à quel fait matériel pouvoir rattacher la rupture des vésicules pulmonaires dans le cas présent, surtout en présence d'un contraste aussi frappant entre l'état général excellent de son jeune malade et les phénomènes locaux qu'il présente.

Tympanisme sous-claviculaire. — M. Woillez aborde de nouveau la question du tympanisme sous-claviculaire pour faire remarquer que l'hyperhémie du poumon, sa congestion, l'emphysème pulmonaire, etc., voire même la dilatation bronchique, peuvent donner lieu aux mêmes phénomènes que la tuberculose au début. Il est un peu en désaccord avec M. Grancher dans l'interprétation des signes physiques dits supplémentaires. Quant à l'observation du nommé Fouq, rapportée par M. Grancher, elle est, dit-il, des plus intéressantes.

M. Grancher reconnaît que la confusion invoquée par M. Voillez entre la tuberculose et les différents états du poumon dont il a parlé est possible, mais l'observation Fouq n'est pas une exception, comme pourrait le croire M. Woillez.

Il est certain aussi que la tuberculose débutant par la pleurésie n'est pas le fait le plus ordinaire ; néanmoins, si l'on pouvait suivre la plupart des malades qui sortent des hôpitaux guéris de leur pleurésie, au lieu de les revoir deux ou trois ans plus tard ou souvent pas du tout, par le fait de leur entrée dans un autre service hospitalier, on constaterait que le nombre de ces tuberculoses à début pleurétique est plus considérable qu'on ne le croit généralement.

Dermatite exfoliatrice généralisée. — M. Vidal présente les pièces anatomiques d'une dermatite exfoliatrice généralisée, maladie fort rare, dont il n'a encore observé jusqu'à ce jour que trois cas, y compris celui dont il entretient aujourd'hui ses collègues.

Chez la malade dont il s'agit, l'exfoliation épidermique était telle que la quantité d'épiderme détachée et tombée dans le lit pouvait être évaluée tous les matins à un demi-litre.

Dans cette affection, l'épiderme, très épaissi, se soulève en plusieurs lamelles ; la couche la plus inférieure de l'épiderme se continue sans ligne aucune de transition avec la couche superficielle du réseau muqueux, de telle sorte que le fait le plus saillant est l'absence du stratum lucidum et du stratum granulosum. Du côté du derme, il existe une inflammation caractérisée par la dilatation des vaisseaux intra-papillaires et du réseau sous-papillaire.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour la lecture du rapport de M. Landrieux au nom du conseil de famille.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1882. — Présidence de M. Labbé.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Désormeaux fait observer qu'il existe un excellent moyen de réveiller les contractions du cœur quand ce muscle s'arrête sous l'influence du chloroforme, moyen consistant dans l'électrisation ; il applique une pile sur le cœur et l'autre sur la région cervicale.

— M. Duplay lit un rapport sur une observation de M. Queirel (de Marseille) relative à une double ovariotomie suivie d'hystérotomie pratiquée pour enlever des kystes dermoïdes des deux ovaires et des tumeurs fibreuses de l'utérus diagnostiquées par ce chirurgien. Ces kystes dermoïdes sont rattachés par l'auteur à l'hétérotopie ; il rejette les hypothèses de grossesse extra-utérine ou d'inclusion fœtale.

Le rapporteur fait remarquer que l'existence simultanée de kystes dermoïdes dans les deux ovaires n'est pas rare. La seule malade de ce genre qu'il ait opérée présentait un cas analogue, qu'il a publié dans les Arch. gén. de méd., 1879. Il ajoute que le diagnostic de cette affection est très difficile et que le toucher vaginal induit souvent en erreur.

L'observation de M. Queirel, dit M. Duplay, soulève une question intéressante quand il existe en même temps des kystes dermoïdes des deux ovaires et des fibromes utérins. Doit-on pratiquer simultanément l'ovariotomie et l'hystérotomie ? M. Queirel n'a pas hésité à le faire, mais sa malade est morte la nuit même de l'opération, par suite du choc, comme il est si commun de l'observer à la suite de l'hystérotomie. Pour ma part, je serais disposé à employer une méthode différente, vu la gravité de cette dernière opération. Je crois donc que, dans ces cas, sauf indication spéciale, il faut se borner à pratiquer l'ovariotomie sans toucher à l'utérus, et le rapporteur cite une observation où il a suivi ce précepte, et où il a obtenu un succès complet.

M. Trélat aurait désiré que le rapporteur déterminât les indications qui doivent guider le chirurgien dans le choix de la conduite à tenir.

M. Terrier partage l'opinion de M. Duplay : trois ou quatre cas dans lesquels il a enlevé à la fois kystes ovariens et utérus ont tous été suivis de mort. Mais quand les fibromes utérins sont peu volumineux et pédiculés, on peut, comme l'a fait Bancock en Angleterre, les enlever après ligature du pédicule. Lorsqu'il s'agit de corps fibreux très volumineux donnant lieu à des accidents graves, on a pratiqué en Amérique l'extirpation des deux ovaires pour modifier la vitalité de ces tumeurs.

M. Th. Anger, à propos d'un des incidents de l'opération de M. Queirel, cite un cas dans lequel, pour enlever une tumeur volumineuse développée entre les feuillets du ligament large, il eut l'idée d'inciser le péritoine au-devant de la tumeur qu'il énucléa ensuite avec facilité.

M. Duplay répond d'abord à M. Trélat que, s'il n'a pas précisé les indications qui doivent décider le chirurgien à pratiquer simultanément l'hystérotomie et l'ovariotomie, c'est que le petit nombre de faits connus jusqu'ici ne permet pas d'être très absolu. Mais il est probable, comme l'a dit M. Trélat, qu'il faut tenir compte de la nature de la tumeur utérine, de son volume et des accidents auxquels elle donne lieu. Quant à la pratique de M. Th. Anger, elle est recommandée depuis longtemps par les classiques et spécialement en Amérique par Gaillard Thomas.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les fistules recto-vulvaires.

M. Trélat a fait jusqu'ici quatre opérations pour des cas de ce genre : la première ne donna aucun résultat, la seconde et la troisième furent suivies d'un demi-succès en ce sens que ces fistules, qui laissaient facilement passer des gaz et des matières, furent transformées en trajets étroits et sinueux qui ne permettaient plus ce passage.

Dans le quatrième cas opéré en 1879, il existait en même temps (la chose est d'ailleurs fréquente) une fistule recto-vagino-vulvaire et une déchirure du périnée, le tout datant de neuf ans et consécutif à un deuxième accouchement.

Pour obvier aux inconvénients résultant de la minceur des parois, il aviva au pourtour de l'orifice sur une largeur de 2 centimètres, respectant le liseré dû à l'adossement des muqueuses rectale et vaginale, et affronta cette surface cruentée, puis sutura le périnée. L'occlusion obtenue de cette façon présente cet avantage d'empêcher le passage des gaz et des matières, si funeste, comme l'a fait observer M. Verneuil, au succès de la réunion immédiate.

M. Trélat fait observer que, malgré toutes ces précautions, la cure de ces fistules est beaucoup plus difficile que celle des fistules vésico-vaginales.

M. Desprès, dans un cas observé à Lourcine et consécutif à un chancre du vagin, obtint un succès complet en créant artificiellement une fistule à l'anus et transformant la fistule recto-vulvaire en fistule double.

— M. Farabœuf présente un cas d'inversion utérine complète formant à la vulve une tumeur de 21 centimètres de long, sans déplacement de la vessie.

Des accidents fébriles survenus chez la malade à l'occasion de plaques de gangrène, rendirent l'opération nécessaire et on pratiqua sur la continuité de la tumeur une ligature élastique qui détermina la chute de sa partie inférieure. La malade mourut deux ou trois jours après.

A l'autopsie on vit qu'il s'agissait d'une inversion complète, il existait un infundibulum péritonéal ayant 13 centimètres de profondeur. L'invagination avait été causée par un corps fibreux qui était à l'extrémité inférieure de la tumeur. Ces cas sont rares; Mac Clintock en cite quelques exemples.

M. Le Fort rappelle un cas observé par lui à Lariboisière et qu'il montra à M. Verneuil. Ces deux chirurgiens, croyant avoir affaire à une inversion utérine complète, pratiquèrent l'extirpation de la tumeur, la mort s'ensuivit au bout de quarante-huit heures, et, à l'autopsie, on vit que l'utérus était dans sa situation normale et qu'il s'agissait simplement d'une tumeur développée dans la partie cervicale ayant déterminée une élongation considérable du col utérin; le diagnostic sur le vivant était à peu près impossible.

M. Tillaux a observé à Beaujon et a présenté à l'Académie, l'année dernière, un cas identique à celui de M. Farabœuf L'opération réussit parfaitement, la femme jouit aujourd'hui d'une très bonne santé; il insiste sur ce fait qu'il ne faut pas dans ces cas endormir les malades, car ce serait se priver du renseignement précieux que fournit la sensibilité de l'utérus opposé à l'insensibilité des fibromes. C'est sur ces derniers que doit porter exclusivement l'opération.

— M. Humbert lit un travail sur l'ulcération des artères au contact du pus à propos de deux observations d'ostéo-myélite aiguë.

M. Lannelongue présente un maxillaire inférieur complètement reproduit après ostéo-myélite, avec articulation.

BIBLIOGRAPHIE

Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire, par M. Jaccoud, professeur de la Faculté de médecine de Paris (1881).

Suite. — Voir les numéros 12 et 13.

La granulose miliaire aiguë, la forme de tuberculose la plus redoutable sans contredit, peut guérir avec l'aide d'une thérapeutique appropriée ; beaucoup d'auteurs en ont rapporté des exemples et M. Jaccoud en cite une belle observation chez une jeune fille de seize ans. Ici le traitement sera à peu près celui d'une fièvre typhoïde à forme hyper-thermique. Abattre la fièvre, diminuer la dyspnée et combattre les lésions locales, soutenir les forces, voilà les trois indications fondamentales. Le lecteur connaît déjà les moyens mis en œuvre pour atteindre ce triple but.

Le chapitre consacré au traitement thermal de la phtisie pulmonaire est des plus intéressants. Si le tubercule ne peut pas être modifié directement par l'action d'une eau minérale quelconque, l'état constitutionnel qui gouverne la tuberculose : scrofule, arthritisme, herpétisme d'une part ; les processus concomitants péri-tuberculeux et l'hypotrophie constitutionnelle d'autre part, trouvent souvent, dans l'emploi judicieux du traitement thermal, un modificateur utile.

Les sources d'indication qui peuvent décider le médecin pour telle ou telle station sont donc très variées. Si la phtisie est secondaire à l'arthritisme, par exemple, c'est souvent l'état constitutionnel antérieur qui dictera le choix, à moins que les lésions péri-tuberculeuses, catarrhe, etc... ou l'état de débilité du malade ne fournissent une indication plus pressante, plus immédiatement nécessaire. Chaque cas particulier offre ainsi des éléments d'appréciation complexes, et chercher une règle est chose impossible.

Le problème se complique toujours de cent autres questions relatives à la station thermale. Quelle est la composition de l'eau ? Quel est le climat, quel est l'état sanitaire de la localité ? Quelles sont les ressources thérapeutiques de la station ? Quelle est la méthode, quelles sont les habitudes médicales ?... Il ne suffit donc pas de classer les eaux par groupes fondés sur l'homologie de composition, il faut encore, « le groupe chimique et l'unité dans le groupe » étant fixés sur des éléments de jugement fournis par le malade, faire entrer en ligne de compte les particularités nombreuses spéciales à chaque station. Il en résulte, dit M. Jaccoud, que la détermination des eaux minérales a un caractère purement individuel.

Pendant la période de traitement prophylactique, trois circonstances principales peuvent se rencontrer : 1o les eaux minérales sont inutiles, l'équilibre du malade étant suffisant; 2º il existe une anémie globulaire notable, et les eaux ferrugineuses Saint-Moritz et Santa-Catarina surtout sont indiquées, mais il y faut mettre beaucoup de précaution ; 3o la scrofule est présente ou antécédente, et plusieurs cures thermales seront utiles, sulfureuses ou chlorurées sodiques. Citons : Cauterets, Uriage, Allevard, ou mieux, pour la scrofule plus profonde, la Bourboule.

Si la phthisie est confirmée et si le malade est apyrétique, on peut utilement faire emploi d'eaux minérales ; *jamais* si la fièvre existe, *jamais* si l'hémoptysie est actuelle ou récente, *jamais* si la phase de consomption est arrivée.

Ces trois contre-indications absolues une fois écartées, le médecin doit résoudre la question suivante : la phtisie est-elle *primitive* ou *secondaire*? Et, dans cette seconde hypothèse, s'agit il de scrofule, d'arthritisme ou d'herpétisme ? Quel est le mode réactionnel du malade ? Est ce un torpide ou un floride ? un passif ou un actif ? Quand la phtisie est primitive, c'est dans l'étude de ce mode réactionnel du malade que se trouve la réponse à la question posée, et l'action plus ou moins excitante des eaux et des climats devient la *base de classification*. D'où le *groupement nouveau* que propose M. Jaccoud : 1o eaux et stations à excitations faibles : Ems et Soden par exemple ; 2o eaux et stations à excitations moyennes : Saint-Honoré, Allevard, Mont-Dore, Penticosa ; 3o eaux et stations à excitations fortes : Luchon, Cauterets, Eaux-Bonnes.

Je ne saurais pousser plus loin cette analyse, et le lecteur devra la continuer dans le texte même. L'idée maîtresse qui se dégage de la lecture de ce chapitre mérite cependant d'être mise en relief. M. Jaccoud trouve avec raison qu'on abuse des eaux minérales; il demande qu'on laisse les malades un peu plus tranquilles, qu'on ne les chasse pas d'un lieu où ils se trouvent bien, pour leur imposer souvent un déplacement pernicieux; il dit enfin que les cures climatériques *prolongées* sont incomparablement supérieures à l'action quelquefois efficace, mais temporaire, des eaux minérales.

Nous engageons les médecins à retenir ce conseil.

Cette idée de la supériorité du traitement climatérique prolongé, sur tous les autres modes de traitement, se trouve largement développée dans les derniers chapitres. Après avoir établi qu'aucun climat n'exerce une action *curatrice directe* du tubercule, mais qu'il existe des climats antagonistes de la tuberculose, et que l'altitude de ces climats est la raison maîtresse de cet antagonisme, M. Jaccoud fait remarquer que l'altitude préservatrice doit être accompagnée d'une thermalité basse, contrairement à l'opinion banale et fausse qui pousse instinctivement malades et médecins à rechercher les climats chauds. Au contraire, les climats froids l'hiver et frais l'été, abrités contre les vents irréguliers, à air sec et pur, conviennent à merveille au phtisique, par leur action fortifiante et stimulante, et aussi par leur action locale sur la respiration.

Les effets physiologiques d'une altitude de 1,500 à 2,000 mètres sont une accélération temporaire des battements du cœur, un appel incessant du flux sanguin à la périphérie, d'où l'anémie relative des organes profonds, et surtout une accélération permanente de la respiration, qui devient en même temps plus ample et plus profonde, grâce à la suractivité des forces musculaires inspiratrices.

Ces phénomènes ont des conséquences heureuses sur la circulation sanguine du poumon (les hémoptisies cessent, les stases, les congestions pulmonaires disparaissent) et sur l'hématose, qui atteint son maximum par le développement des fonctions respiratoires.

La conclusion se dégage d'elle-même : ces climats à altitude, qui « combattent l'hypotrophie constitutionnelle, amendent l'inertie locale du poumon et préviennent la congestion pulmonaire », sont supérieurs à tous les autres, quand il n'y a pas de contre-indication formelle, et pour M. Jaccoud, ces climats sont, sans réserve, ceux « *de la période prophylactique et initiale de la phtisie commune* ».

En conséquence de cette affirmation, M. Jaccoud propose une division nouvelle des climats : 1o climats d'altitude ou de basse pression (de 1,500 à 1,900 mètres); 2o climats de plaine ou de pression moyenne (400 mètres environ).

Dr J. Grancher.

(*A suivre.*)

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la codéine pure. — La Codéine possède des propriétés sédatives incontestables et rend de réels services chaque fois qu'il est possible d'administrer ce médicament *pur*, sous une forme permettant un dosage rigoureusement exact.

Barbier (d'Amiens) est le premier qui ait soumis la Codéine à une étude clinique approfondie. Administrée par lui à des malades atteints de névralgie, elle a donné les résultats suivants : cessation de la douleur et des autres accidents, pas de modifications sensibles dans les fonctions de la circulation et de la respiration, non plus que dans les fonctions digestives; pas de constipation, pas de diarrhée. Les malades qui prennent de la *Codéine pure* ont un sommeil calme, paisible et réparateur; au réveil, ils ont l'encéphale parfaitement libre, contrairement à ce qui arrive après des prises de morphine.

Magendie, Martin Solon, Krebel, Dumont, Edm. Robiquet, Berthé, Claude Bernard, ont obtenu des effets analogues en administrant de la Codéine pure à des malades qui ne pouvaient pas supporter la morphine. Aran et Vigla ont présenté à l'Académie de médecine le résultat de leurs recherches. Douze malades atteints d'affections diverses, douleurs avec contracture, névralgies, gastralgies, insomnies persistantes, rhumatismes, ont été traités avec succès par le sirop de Berthé à la Codéine pure.

« Pour résumer en quelques mots l'impression que m'a faite ce médicament, je dirai que la Codéine me paraît réunir en elle ce que l'opium offre de plus efficace. » (Aran, *Note sur l'emploi de la Codéine*. Académie de médecine, 1857.)

Trousseau et Pidoux ont obtenu les mêmes résultats que Claude Bernard. La Codéine endort surtout en faisant cesser les phénomènes qui s'opposent au sommeil, la toux par exemple. « En effet, il arrive à peu près constamment que les malades atteints de bronchite aiguë, arrivés à la période d'hyperesthésie et de spasmes des bronches, tourmentés par une toux continuelle, sont remarquablement soulagés avec une ou deux cuillerées de sirop de Codéine pris au commencement de la nuit, soit pur, soit dans une infusion chaude.

« Le malade éprouve un bien-être marqué à ne plus tousser et à pouvoir laisser entrer l'air librement dans sa poitrine. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*. Paris, 1877.)

« La Codéine, dit le professeur Gubler, plus maniable que la morphine, est prescrite aux personnes qui supportent mal l'opium et particulièrement aux très jeunes enfants, aux femmes, aux vieillards et aux sujets menacés de congestions cérébrales. » Le sirop de Berthé est cité avantageusement. (Gubler, *Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius*, p. 587.)

M. le professeur Fonssagrives se montre très partisan de la Codéine, à la condition d'avoir un médicament pur, ne contenant point la moindre trace de morphine.

M. le docteur F. Leblanc, dans le *Journal de Thérapeutique* de Gubler, du 25 avril 1881, s'exprime en ces termes :

« La cause à laquelle j'attribue certaines divergences d'opinions entre des auteurs également recommandables, doit résider dans les *fréquentes sophistifications de la Codéine que des industriels peu scrupuleux remplacent par des doses plus ou moins variables de chlorhydrate de morphine*. Mon observation personnelle me permet d'attribuer à la Codéine une action soporifique très réelle et fort précieuse par sa douceur et la facilité avec laquelle elle se dissipe, sans laisser après elle aucun symptôme pénible.

« Il y a bon nombre de malades qui réagissent, pour ainsi dire, contre l'opium et contre la morphine, les uns par la nausée, les autres par une véritable tendance à lutter, dès qu'ils se produisent, contre les effets hypnotiques de la morphine.

« Chez ces sujets rebelles, la *Codéine pure* donne d'excellents résultats, grâce à ce que j'appellerai, ne sachant mieux m'exprimer, la douceur de son action qui calme progressivement et endort pour ainsi dire incessamment sans entraîner ces bouffées de lourdeurs de tête, de sensations étranges, de réactions et même de délire qu'amène si souvent la morphine. »

En résumé, les observations qui précèdent démontrent que la Codéine est un précieux calmant, efficace contre les insomnies, les rhumes, les bronchites, l'asthme et la coqueluche, etc., à la condition d'avoir un médicament pur et toujours identique dans sa composition.

On aura toute garantie en prescrivant le *sirop* et la *pâte de Berthé*. Chaque cuillerée de sirop contient 15 milligrammes de Codéine pure et chaque morceau de pâte 1 milligramme.

Pour être certain d'administrer de la *Codéine très pure*, il est indispensable de bien spécifier les véritables produits de Berthé, car MM. Réveil, Chevallier et O. Henry, professeurs et membres de l'Académie de médecine, ont constaté, dans un rapport authentique, que, sur 100 échantillons de sirop *dit* de Codéine, soumis à l'analyse, 23 *n'en contenaient pas* (PROGRÈS MÉDICAL.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Paul Bert a été élu membre de l'Académie par 30 voix contre 26 données à M. Davaine et 1 à M. Brown-Séquard sur 57 votants. (Séance du 3 avril 1882.)

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le docteur Mossé, agrégé, est chargé du cours auxiliaire de pathologie médicale en remplacement de M. le docteur Moriez.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Laget, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale en remplacement de M. le docteur Seux, démissionnaire.

***

TRAITEMENT A DOMICILE. — Le 19 de ce mois, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du huitième arrondissement de Paris, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à deux heures.

***

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 16 et le 17 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Le banquet offert à MM les présidents et délégués des Sociétés locales aura lieu le dimanche 16 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel continental, rue Castiglione.

***

CONFÉRENCES DE L'HOTEL-DIEU. — Les conférences du laboratoire de clinique commenceront le 19 avril 1882, elles auront lieu tous les mercredis à neuf heures et demie du matin.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 24 MARS AU JEUDI 30 MARS 1882

Fièvre typhoïde 36. — Variole 15. — Rougeole 27. — Scarlatine 4. — Coqueluche 6. — Diphtérie, croup 68. — Dysenterie 1. — Erysipèle 11. — Méningite (tubercul. et aiguë) 60. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 244. — Autres tuberculoses 14 — Autres affections générales 88 — Malformation et débilité des âges extrêmes 68. — Bronchite aiguë 64. — Pneumonie 103. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 72. — au sein et mixte 16. — Inconnu 13. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 115. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 110. — de l'appareil digestif 37. — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 33. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1,314 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 13 avril 1882.

Académie de médecine : SUR UN CAS DE DERMATOSE PARASITAIRE INCONNUE DANS NOS CONTRÉES. Communication de M. NIELLY (de Brest).—SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME.

Une communication de M. Nielly, professeur d'hygiène et de pathologie exotique à l'Ecole de médecine navale de Brest, a soulevé un intérêt très vif à la dernière séance de l'Académie de médecine. Il s'agit d'une dermatose parasitaire inconnue jusqu'à ce jour dans nos parages et que M. Nielly a observé sur un jeune mousse breton. Le malade a été mis sous les yeux des assistants; il a une grande partie du corps couverte de papules qui lui occasionnent des démangeaisons très vives; aux mains ces papules donnent l'aspect de verrues aplaties; en d'autres points du corps elles simulent avec une assez grande ressemblance le lichen. Mais ce qui prête à ce fait un intérêt tout à fait exceptionnel, c'est la présence d'anguillules dans le contenu des papules. M. Nielly, en face d'une dermatose qui, dans son ensemble, ne ressemble à aucune de celles que décrivent nos classiques, jugea à propos de recourir au microscope pour s'éclairer sur la nature parasitaire de l'éruption. Or, sur des coupes provenant de ces papules et dans leur contenu séro-purulent l'examen au microscope laisse voir des anguillules mesurant 0,333 de millimètre en longueur et 0,013 dans leur plus grande largeur, aux mouvements brusques et flexueux. De l'avis de M. Davaine, ces anguillules paraissent être des embryons de filaire. L'éminent helminthologiste avoue d'ailleurs, avec M. Rochard, très versé dans les questions de pathologie exotique, n'avoir jamais observé rien de semblable.

La nature parasitaire de cette dermatose ne laisse place à aucun doute. Il ne saurait être question ici d'une erreur d'interprétation comme celle qui paraît avoir été commise à propos des fameuses anguillules découvertes dans le sang des malades attaqués de la fièvre récurrente, et qui, au dire de M. Arndt, un histologiste d'une grande compétence, ne seraient autres que des globules rouges déformés, allongés, et agités de mouvements de reptation. De prochaines expériences de culture ne manqueront point de nous fournir la preuve péremptoire que les filaments microscopiques découverts par M. Nielly sont bien des animalcules, aptes à se reproduire. L'observation du professeur de Brest n'en demeure pas moins enveloppée d'un profond mystère. L'éruption chez son intéressant malade ressemble, nous dit-il, en tous points au *craw-craw* qu'un médecin anglais, M. O'Neill a observé sur les nègres de la côte occidentale d'Afrique. Mais le jeune mousse de M. Nielly n'est pas nègre, il est Breton et n'a jamais quitté son pays natal; il n'a cessé de vivre au milieu d'une population où le *craw-craw* et toute éruption de même nature sont restées inconnues jusqu'à ce jour. Si, comme le pense M. Nielly, les anguillules ont été introduites dans le corps du petit malade avec les eaux banales qui servaient de boisson à l'enfant, il est singulier que d'autres individus placés dans les mêmes conditions de milieu n'aient pas été atteints de cette éruption!

M. Nielly, il est vrai, nous promet de retrouver le parasite dans les milieux habités par l'enfant. Un grand intérêt scientifique s'attacherait à cette découverte; nous souhaitons qu'elle aboutisse. Il en résultera pour l'auteur un tel mérite qu'on lui pardonnera sans peine son aveugle confiance dans les médications dites rationnelles ou spécifiques, qui l'a poussé à prédire que la maladie guérirait sans peine par les lotions phéniquées ou mercurielles si c'est une simple dermatose; par la créosote, l'acide phénique, le salicylate de soude, si le parasite a pénétré dans le sang. M. Nielly est-il à ce point sûr que ce sont là des moyens efficaces de tuer le ver, quand il a envahi la profondeur des tissus?

— La discussion sur le chloroforme se prolonge sans gagner en intérêt et en utilité pratique. Cette discussion, ouverte sur un aphorisme de M. Gosselin qui déclarait que le chloroforme bien administré ne tue pas, se continue aujourd'hui par des révélations en apparence terrifiantes de M. Vulpian. Pourtant, les chirurgiens auraient tort de s'en effrayer outre mesure. Invité à apporter dans le débat les enseignements de l'expérimentation, l'éminent physiologiste a dit ce qu'il avait observé sur des *chiens*. Il a insisté sur la facilité avec laquelle l'administration du chloroforme développe des accidents mortels chez les animaux de cette espèce; avec une grande rigueur d'analyse, il a exposé le mécanisme de ce genre de mort qui est dûe à une paralysie cardiaque lorsque l'anesthésie est incomplète, à une paralysie respiratoire lorsque l'anesthésie est poussée à ses dernières limites. Cette syncope cardiaque ou respiratoire s'observe à la suite du simple tiraillement d'un nerf. A ce compte-là, aucun des nombreux ataxiques sur lesquels, dans ces derniers temps, on a pratiqué, dans un but thérapeutique, l'élongation d'un ou de plusieurs gros troncs nerveux, n'aurait dû en échapper, et, autant que nous sachions, une seule fois on a vu une syncope mortelle survenir dans ces circonstances.

Non, il n'y a aucune assimilation à établir entre le chien et l'homme au point de vue des dangers de l'anesthésie chloroformique, M. Vulpian a été le premier à le déclarer. Les choses se passent tout autrement dans les laboratoires que dans les salles de chirurgie où l'anesthésie chloroformique ne tue qu'excep-

tionnellement. Quelle est, en pareils cas, la cause de la mort ? M. Gosselin incrimine d'une façon exclusive l'administration défectueuse du chloroforme. La grande majorité des chirurgiens, membres de l'Académie, ont protesté contre cette opinion ; pour eux, il peut y avoir des circonstances inhérentes à l'individu qui entourent l'administration du chloroforme de dangers insolites, souvent impossible à prévoir et que la technique la plus parfaite ne peut empêcher. Ce sont ces circonstances spéciales sur lesquelles la discussion pendante semblait devoir nous éclairer. La physiologie transcendante, en absorbant le débat, achève ce que les préoccupations personnelles avaient commencé de faire, et on a ainsi perdn de vue l'objectif visé au point de départ.

E. RICKLIN.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE.

Leçon de M. le docteur DAMASCHINO, à l'hôpital Laënnec, recueillie par M. G. VARIOT, interne des hôpitaux, et revue par l'auteur.

Suite et fin. — Voir les numéros 13 et 14.

Je vous doie maintenant quelques détails sur le siége, la répartition habituelle de ces fausses hypertrophies musculaires. On a signalé des cas rares où tous les muscles indistinctement, y compris ceux de la face, étaient augmentés de volume ; M. J. Bergeron a pu dire avec raison que les petits malades étaient, non la représentation, mais hien la charge de l'Hercule Farnèse. L'hypertrophie est en général plus circonscrite ; dans la majorité des cas, elle affecte seulement l'appareil musculaire des jambes, des cuisses, des fesses, et les sacro-lombaires ; notre malade nous offre un hel exemple de ce type. Enfin, mais moins souvent, l'affection peut être limitée aux seuls muscles gastro-cnémiens ou fessiers. L'atrophie musculaire des membres supérieurs, notamment des deltoïdes et des pectoraux, a été notée dans des faits aseez nombreux, concurremment avec l'hypertrophie des masses charnues aux membres inférieurs. Cette hizarre coïncidence de l'hypertrophie apparente des muscles des jambes et de l'atrophie de ceux des hras est vraisemblablement due à la marche lentement ascendante du processus morhide ; les hras, étant atteints les derniers, offrent les lésions de l'atrophie simple, tandis qu'aux membres inférieurs la lipomatose musculaire est déjà considérable.

Le diagnostic de cette maladie ne présente pas de difficultés sérieuses. On la reconnaît toujours quand on a eu l'occasion d'en observer un exemple. Pour vous montrer l'importance qu'il peut y avoir à ne pas la méconnaître, il me suffira de vous rappeler le fait rapporté par le professeur Barthélémy-Benoît (de Rochefort) (1). Il s'agissait d'un jeune conscrit qui se plaignait de faiblesse des jamhes et d'une extrême difficulté de la marche ; comme ses muscles gastro-cnémiens étaient très développés, on soupçonna d'ahord la véracité de ses assertions et malgré les affirmations de deux confreres qui le certifiaient atteint de myélite chronique, on le déclara propre au service et il fut effectivement incorporé dans l'infanterie de marine. Ce n'est que par une étude attentive du malade entré à l'hôpital de Rochefort qu'on rectifia l'erreur commise par le premier conseil de révision et que la libération définitive du jeune homme put etre ohtenue. Il me serait facile de vous citer d'autres faits analogues.

(1) FRANCE MÉDICALE, 1880, p. 426.

Pour établir le diagnostic, vous devez avoir présent à l'esprit l'ensemble des symptômes que je vons ai fait connaître et que je vous énumère à nouveau ; hypertrophie musculaire plus ou moins généralisée produisant de véritables déformations, coïncidant avec une faiblesse extrême de ces mêmes muscles, et parfois avec l'atrophie d'autres groupes musculaires ; déformation caractéristique du rachis et assez souvent équinisme dû à la prédominance des extenseurs du pied, démarche spéciale, etc.

Cependant il est un certain nombre d'erreurs contre lesquelles je dois vous mettre en garde. Je place eous vos yeux la photographie d'une jeune fille de 18 ans qui se trouve à la Charité, dans le service de M. Maurice Raynand, et qui est atteinte de lipomatose généralisée. Un examen, même superficiel, vous permettra de voir que cet état est lié au développement énorme, non pas des muscles, mais hien dn pannicule adipeux sous-cutané. Je dois ajouter que chez cette jeune fille la force musculaire est conservée. Voici, par contre, la projection des photographies d'un malade que vous pourrez observer dans le service de mon collegue, M. Ferrand : vous êtes immédiatement frappés par le développement excessif de tout le systéme musculaire, développement survenu à la suite d'exercices exagérés. Ce jeune homme, hercule de foire, s'est surmené en portant des poids trop lourds et en faisant des efforts excessifs et prolongés ; malgré sa superhe musculature, il a été atteint de paralysie spasmodique. La force musculaire est considérable : mais à peine le patient ébauche-t-il un mouvement que presque aussitôt les crampes surviennent et le condamnent au repos. L'étude des troubles fonctionnels, et quelques renseignements sur les antécédents de semblables malades, permettent d'éviter toute confusion.

Dois-je vous rappeler que l'atrophie musculaire progressive des enfants, si hien décrite par Duchenne, débute par les muscles de la face ; puis, après un temps d'arrêt variable, gagne les memhres supérieurs qu'elle déforme à un degré considérable. Vous voyez combien cette évolution des phénomènes morhides s'éloigne du tableau des symptômes observés, dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

L'atrophie epinale de l'enfance détermine des déformations permanentes des memhres et notamment des membres inférieurs, avec perte ou diminution de la force musculaire. Mais dans cette maladie le début est aheolument différent : il est, vous le savez, tout à fait subit, marqué par des phénomènes aigus, fébriles, accompagnés d'une paralysie d'ahord plus étendue, puis localisée à un ou plusieurs memhres, parfois à un groupe musculaire ou même à un muscle unique, le deltoïde principalement (1). Vous avez en ce moment même, au numéro 5 de notre salle Trousseau, un hel exemple de paralysie infantile du membre inférieur gauche. Il vous est facile de constater, sur la projection que je vous soumets ici, la diminution totale de volume du memhre qui présente la déformation dite varus-équin ; vous voyez en outre que dans cette affection les déformations des memhres sont dues à des atrophies de groupes musculaires plus ou moine circonscrits et non à une

(1) J'ai observé récemment avec M. Launois, ancien interne de cet hôpital, un garçon de six ans atteint d'une atrophie spinale de l'enfance ; un des muscles fessiers était seul affecté par le processus morbide.

fausse hypertrophie. Je dois ajouter qne, dans la paralysie atrophique de l'enfance, les symptômes morbides sont le fait d'une myélite aiguë des cornes antérieures, tandis qne la moelle n'est pas altérée dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

L'étiologie de l'affection qni noue occupe est assez obscure. Dans quelle mesure fant-il, pour le cas présent, incriminer l'hérédité? Le père de notre malade est mort hémiplégique, son oncle maternel était également paralysé, enfin sa mère souffrait de rhumatismes. Devons-nous établir un lien entre les maladies du système nerveux que nous relevons chez les parents et la paralysie pseudo-hypertrophique dont notre malade est atteinte. La réponse affirmative est d'autant plus plausible qne, dans la paralysie pseudo-hypertrophique, l'hérédité joue un rôle considérable, signalé par tons les auteurs et qui est très frappant dans lee faits de Meryon et dans les observations rapportées par M. Bergeron. Le docteur W. Adams, cité par Gowers (1), en a observé cinq cas dans une famille de deux frères qui avaient épousé les deux sœurs. Le frère aîné ent deux fils et une fille affectés de paralysie pseudo-hypertrophique. Sur cinq enfants du frère cadet (dont trois garçons et deux filles), deux des fils furent atteints de la même affection.

L'âge est certainement la condition prédisposante dont nous devons tenir le plus grand compte ; c'est en effet presque toujours pendant l'enfance et surtout dès les premières années de la vie qu'apparaissent les symptômes initiaux de cette maladie. Si l'on a égard au sexe, on voit qu'il n'y a que de 17 0/0 de femmes parmi les cas publiés. La relative immunité du sexe féminin est un des points les plus curieux de cette étiologie : dans les familles nombreuses, ce sont toujours les garçons que l'on trouve tont spécialement frappés; sur huit enfants dont Meryon a rapporté l'histoire, quatre garçons étaient malades et les quatre filles étaient saines. Tout récemment, Milner Moore a publié (THE LANCET, juin 1879) une série d'observations très intéressantes à cet égard : dans une même famille comprenant sept enfants, dont cinq garçons, trois de ceux-ci furent affectés de paralysie pseudo-hypertrophique; encore faut-il noter que deux autres enfants, nn garçon et une fille, sont morts très jeunes à la suite de convulsions; le père était rhumatisant. Il me serait facile de vous citer de nombreux faits analogues; aucun, je pense, ne saurait être plus démonstratif.

Que deviennent les sujets atteints de cette affection du système musculaire? Généralement l'évolution des symptômes morbides a paru presque fatalement progressive. La paralysie, l'impotence se complètent peu à peu et les malades succombent dans le marasme au bout de plusieurs années. Cependant je dois vous rappeler que certaines observations, malheureusement peu nombreuses, relatées par Duchenne et par Rosenthal, semblent montrer que le pronostic est parfois moins grave et qu'une réelle amélioration peut survenir.

Nous pouvons penser qu'il en sera peut-être ainsi pour notre malade; son affection, qui déjà remonte à une date ancienne, n'a pas présenté de tendance progressive bien inquiétante, au moins dans ces dernières années. J'ajoute que depuis son entrée dans mon service, la jeune D. a été soumise, sous l'excellente direction de M. Chrysaphis, à un traitement régulier par les courants continus et intermittents. Or vous constatez déjà une certaine atténuation des symptômes morbides; la malade, qui était incapable de monter les escaliers sans se servir de ses mains, a pn, sans trop grande difficulté, se rendre à mon laboratoire, dont les marches d'escalier ne sont pas très basses; de plus, la démarche est sensiblement meilleure; le dandinement, en particulier, ayant diminué. Espérons que cette légère amélioration se maintiendra et qne cette jeune fille pourra du moins conserver les résultats heureux obtenus déjà par l'électro-thérapie.

(1) Gowers, *loc. cit.*, page 57.

OBSTÉTRIQUE

Kyste dermoïde de l'ovaire; dystocie, par M. Wiart professeur à l'École de médecine de Caen.

Dans le courant du mois d'août dernier, Mme X... se présente chez moi, me demandant de vouloir bien lui donner des soins lorsqu'arriverait le terme de sa grossesse, qu'elle pensait pouvoir fixer à la fin du mois de septembre. Elle présentait en effet tous les signes extérieurs confirmatifs de ce qu'elle avançait. Néanmoins, à une question que je lui adressai, elle me répondit n'avoir jamais perçu les mouvements de son enfant. Bien que la chose me parût anormale, craignant de l'effrayer et, d'autre part, trouvant inopportun, dans une première visite, nn examen approfondi, je semblai n'ajouter que peu d'importance à ce fait et me bornai à dire que je me tiendrais à la disposition de Mme X...

Pour me faire excuser le laconisme de cette observation, dont les différentes phases auraient certes mérité d'être étudiées en détail, je dois dire d'abord que Mme X... habite à vingt kilomètres de la ville et qu'il m'était impossible de la suivre aussi attentivement que je l'aurais désiré. Mes visites ont été nécessairement espacées, mais suffisantes cependant pour me permettre de retracer l'histoire de ma malade.

Ce fut le 12 septembre, à neuf beures du soir, qu'on vint me dire que depuis le matin Mme X... était dans les douleurs, après avoir senti les mouvements de son enfant pour la première fois, la veille; qu'une sage-femme avait été appelée, qu'après examen elle avait trouvé toutes choses en bon état et que la lenteur du travail était expliquée par la primiparité de la patiente,

J'arrivai près d'elle vers onze beures du soir. Au toucher, je trouvai le col dilaté presque complètement : les bords en étaient un peu rigides. C'était une présentation du sommet en première position. Aucun obstacle ne paraissait devoir surgir et la seule cause appréciable alors de dystosie était le pen d'énergie des contractions utérines.

En effet, les douleurs venaient à peine de quart d'beure en quart d'beure; elles étaient fortes, mais sans durée : elles s'éteignaient brusquement, presque à leur début.

Il en fut ainsi toute la nuit.

Vers cinq heures du matin, je fis part à la famille du danger d'une temporisation prolongée et je proposai l'application du forceps. On me pria d'attendre encore.

Vers sept heures, même état. Je déclarai qu'il était impossible de ne pas intervenir, et on finit par se décider à me laisser agir.

L'application du forceps, faite au détroit supérieur, ne fut pas extrêmement laborieuse; je pus saisir solidement la tête et commençai les tractions. Sous leur influence, elle s'abaissa un peu, mais je vis la cloison recto-vaginale se tendre, bomber de façon à faire dans le vagin une saillie qui augmentait au fur et à mesure que j'exerçais sur l'enfant des tractions plus énergiques.

Ma première idée fut qu'il était resté dans le rectum des matières dures qui allaient être expulsées spontanément ou bien dont on obtiendrait facilement la sortie.

Je pratiquai le toucher rectal et, à mon grand étonnement, je rencontrai, à quelques centimètres de l'anus, une surface lisse, dure, arrondie, une tumeur dn volume d'un œnf de dinde, que le doigt pouvait circonscrire dans toute son étendue, sauf en haut et à droite, où se trouvait une sorte de pédicule trop haut placé pour

qu'on pût en fixer exactement les dimensions. En tirant sur le forceps, on amenait cette tumeur presque à l'orifice anal.

C'était un cas embarrassant : j'avais rencontré trop d'hésitation lorsqu'il s'était agi d'une simple application du forceps pour assumer seul devant la famille la responsabilité de ce qui pouvait arriver. Je réclamai donc l'assistance d'un confrère, et le docteur Denis-Dumont fut appelé.

Il était onze heures quand nous pûmes intervenir de nouveau. Nous étions convenus d'essayer de réduire le volume de la tumeur par des ponctions si elle contenait un liquide : autrement, de faire la céphalotripsie et de débarrasser la mère de quelque façon que ce fût.

J'appliquai donc de nouveau le forceps et amenai la tumeur à l'orifice de l'anus. D'un premier coup de trocart, mon confrère retira une cuillerée environ d'un liquide citrin, un peu filant, dont l'issue ne diminua guère le volume de la tumeur. Cet insuccès ne nous fit pas perdre courage; un second coup dans un point opposé fut suivi de la sortie d'un liquide beaucoup plus abondant (125 grammes environ) et de nature toute différente, épais, crémeux, semblable à du pus bien lié, mais plus consistant. Nous pûmes alors extraire l'enfant, qui était mort, et la délivrance se fit sans difficulté.

Les suites immédiates d'un accouchement aussi laborieux furent plus heureuses qu'on n'eût pu s'y attendre : la fièvre ne se montra pas; la nuit fut bonne, et le lendemain, 13 septembre, quand je revis la malade, elle était dans des conditions aussi satisfaisantes que possible. La vessie s'était vidée d'elle-même, il y avait bien quelques douleurs dans le ventre, mais elles ne paraissaient pas de nature à inquiéter.

Tout alla d'ailleurs régulièrement jusqu'au 23 septembre. A ce moment, la fièvre se déclara : frissons, petitesse du pouls, face grippée, tous les symptômes d'une péritonite qui se limita heureusement à la fosse iliaque droite et qui céda aux moyens usités en pareille circonstance.

Il resta cependant à ce niveau une tumeur arrondie, volumineuse qui remplissait le petit bassin, le cul-de-sac utéro-rectal et venait appliquer jusque contre la symphyse pubienne le col utérin refoulé.

Cette tumeur, d'abord très douloureuse à la pression, devint peu à peu indolore tout en diminuant de volume, lorsque le 8 octobre une évacuation abondante se fit par l'anus, d'un liquide purulent, épais, en tout semblable à celui qui avait été extrait par la ponction.

L'évacuation se répéta pendant plusieurs jours, plus ou moins abondante, et les matières rendues ont, au dire de la garde-malade, une odeur des plus infectes.

L'état général cependant devenait toujours meilleur, et sous l'influence du régime tonique auquel était soumis Mme X..., les forces revenaient peu à peu.

Le 20 octobre, la sage-femme vint m'apporter quelque chose que la malade avait retiré elle-même de l'anus : ce quelque chose, qui datait déjà de deux jours, était un lambeau de membrane recouverte d'une forêt de cheveux fins, soyeux, dont quelques-uns avaient jusqu'à 10 centimètres de longueur, roux (la malade est brune).

Cette excrétion, qui devait être la dernière et à la suite de laquelle la guérison marcha rapidement, permettait d'établir le diagnostic.

Il s'agissait en effet d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit qui, refoulé en arrière du vagin par la tête du fœtus, s'était coiffé de la paroi antérieure du rectum et était venu faire saillie à l'anus.

C'est un cas très rare, si j'en crois les recherches bibliographiques que j'ai faites. Un exemple qui paraît analogue est consigné sans détails dans l'article *Ovaire* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article dû à la plume de Koeberlé.

Des indications vagues se retrouvent à l'article *Dystocie* du même ouvrage. Quant à la monographie de Puchelt et à la thèse de Doumaison (1868), peut-être y trouverait-on d'utiles renseignements; mais je n'ai pu les consulter.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. Hernie inguinale constituée par la plus grande partie de la masse intestinale; taxis et compression progressifs, périodiquement répétés pendant quatre mois; réduction et guérison, par M. Thiry (de Bruxelles).

Quand une hernie volumineuse existe de longue date, on se contente de la soutenir, de la protéger contre les froissements; mais on renonce habituellement à la réduire. La cavité abdominale s'est en effet rétrécie, les viscères ont *perdu droit de domicile*, et les tentatives de taxis restent infructueuses. Il ne faut pas cependant abandonner tout espoir d'apporter un soulagement considérable à une infirmité, qui souvent devient pour les malades la source d'une tristesse continue et d'un véritable dégoût de la vie. Le succès de M. Thiry est fait pour encourager : il est parvenu à réduire et à maintenir chez un adulte de quarante-deux ans une hernie ancienne, qui mesurait 67 centimètres de tour, et dont le pédicule avait 26 centimètres de circonférence. L'abdomen, complètement vidé, était aplati et rétréci dans tous ses diamètres; la masse intestinale était tout entière dans la hernie, déformant le scrotum et apportant à la miction une gêne considérable.

Le chirurgien pratiqua vingt-quatre séances de taxis, réparties à intervalles inégaux, du 22 juin au 10 septembre. A chaque séance, on rentrait une partie plus ou moins considérable de la masse herniée, et, dans l'intervalle, les parties réduites étaient contenues par une capsule en tissu élastique, proportionnée à la diminution de la tumeur et fixée à une ceinture abdominale. Après la réduction complète, on appliqua un bandage à pelote très-convexe, pelote qui pénétrait dans l'anneau inguinal et se modelait sur ses dimensions. Au bout de plusieurs mois, la guérison se maintenait; l'abdomen avait repris sa forme normale, le scrotum et la verge étaient revenus à peu près à leur forme et à leur dimension naturelles. Quelques planches annexées au mémoire de M. Thiry permettent de se rendre compte de la déformation des parties avant, pendant et après le traitement. (Bulletin de l'Académie royale de Belgique, séance du 25 juin 1881).

II. Du diagnostic de la persistance du trou ovale de Botal, par le docteur Schiffers (de Liege).

Il y a quelque temps, nous rendions compte à cette même place d'un travail de M. Malherhe (de Nantes) sur la persistance du canal artériel. L'auteur français constatait et l'innocuité possible d'une aussi grave malformation du cœur et la difficulté de son diagnostic hors les cas de cyanose. Pour une lésion similaire, le médecin belge arrive aux mêmes conclusions. Le malade qui fait le sujet de son observation était un homme de cinquante-sept ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé et qui a succombé aux suites d'une pleurésie gauche accompagnant l'évolution de tubercules dans le poumon. On avait constaté pendant la vie l'existence d'un bruit de souffle diastolique fort et prolongé, dont le foyer était au tiers

inférieur du sternum; ce bruit se faisait entendre pendant une partie du grand silence, et les phénomènes concomitants ainsi que son siége spécial ne permettaient pas de le rattacher à une insuffisance aortique : on pensa à une péricardite. — A l'autopsie, on constata, avec une parfaite intégrité du péricarde et des orifices du cœur, une persistance du trou de Botal. L'orifice ne consistait point, comme cela arrive le plus souvent, en un défaut d'accollement de la paroi inter-auriculaire : c'était une fente béante de 6 millimètres 1/2 sur 4.

Il résulte de cette observation que l'existence d'un bruit de souffle fort et prolongé, pas absolument synchronique à la diastole, permettrait de diagnostiquer par exclusion, et, en l'absence de toute espèce de trouble circulatoire, la persistance anormale du trou de Botal.

Nous rappellerons que M. Malberbe avait constaté, dans son cas de persistance du canal artériel, la présence d'un souffle rude, *systolique*, dont le maximun était au niveau du troisième cartilage costal du côté gauche.

Les deux faits rapprochés s'éclairent mutuellement et permettront, dans certains cas, le diagnostic de malformations qui passent si souvent inaperçues. (ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE, septembre 1881.)

III. PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN AVEC ISSUE DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN; GUÉRISON, par les docteurs BÉCAR, RIEMSLACH et VERHAEGHE.

Il s'agit dans cette observation d'un sous-officier de 24 ans, qui, dans un duel, reçut un coup de sabre à la région épigastrique. Une large plaie transversale de 19 cent. donnait issue à une masse viscérale composée de l'estomac, du grand épiploon, de plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle et du colon transverse. Après un lavage minutieux à l'eau phéniquée, on procéda à la réduction, qui ne fut obtenue que très difficilement, et nécessita l'emploi des anesthésiques. Quatre points de suture entrecoupée comprenant dans leur anse toute l'épaisseur de la paroi abdominale, et une suture superficielle à surjet, maintinrent l'occlusion de la plaie, qui fut recouverte de charpie phéniquée et d'une plaque de caoutchouc laminé.

En dépit des précautions les plus minutieuses dans les pansements et dans le régime, on ne put éviter la suppuration; la suture superficielle dut être à plusieurs reprises enlevée pour donner issue au pus qui menaçait de rompre la cicatrice commençante. Malgré une menace d'épiploïte, rapidement conjurée par une application de sangsues, la suture profonde put être maintenue, et, à la chute des fils, le danger de l'éventration consécutive était écarté. Le cinquante-cinquième jour après la blessure, le malade partait en convalescence complètement guéri de son coup de sabre, ne gardant qu'un peu de faiblesse générale, dont le régime tonique eut promptement raison.

Les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen avec hernie viscérale, aussi heureusement terminés, ne sont pas nombreux dans la littérature médicale, et des faits de ce genre sont bien de nature à encourager les hardiesses de la chirurgie contemporaine, qui n'a plus pour le péritoine le respect exagéré qu'on professait naguère. Notons que dans le cas actuel les médecins belges, tout en usant de l'acide phénique, ne se sont point astreints à la minutieuse pratique du pansement de Lister et ont employé, concurremment avec l'acide phénique, l'alcool camphré et la glycérine (ARCHIVES MÉDICALES BELGES, octobre 1881.)

P. B.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Suite de la séance du 20 mars 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE ANIMALE. — SUR LA RICHESSE EN HÉMOGLOBINE DU SANG DES ANIMAUX VIVANT SUR LES HAUTS LIEUX. — Note de M. P. BERT, présentée par M. Milne Edwards.

Les hommes et les animaux qui se trouvent transportés rapidement à plus de 2000m au-dessus du niveau de la mer y éprouvent, à des degrés divers, des accidents connus en Europe sous le nom de *mal des montagnes;* dans les Andes, sous ceux de *soroche* ou de *pana;* dans l'Himalaya, sous celui de *bies*.

M. le docteur Jourdanet a émis l'opinion que ces malaises sont dus à la diminution de la quantité d'oxygène contenue dans le sang, conséquence de la diminution de la tension de ce gaz dans l'air ambiant, et il a proposé de désigner cet état de l'organisme sous le nom d'*anoxyhémie*. Mes expériences ont prouvé surabondamment le bien-fondé de cette opinion, et j'ai fait voir, par des analyses nombreuses, que la quantité d'oxygène contenue dans le sang diminue au fur et à mesure que la pression diminue; en d'autres termes, que la combinaison oxy-hémoglobique subit une dissociation progressive sous l'influence de la dépression.

Lorsque l'homme qui s'est transporté sur les hauts lieux continue à y habiter, il y souffre moins au bout d'un certain temps, et paraît s'y acclimater. Ses descendants finissent par sembler absolument indifférents aux conditions de milieu qui avaient d'abord vivement impressionné leurs ancêtres. Mais, malgré ces apparences, l'observation sagace de M. Jourdanet a su reconnaître, surtout lorsque survenait quelque maladie, l'*anoxyhémie* dissimulée pendant l'état de santé.

Cependant, à la longue, cette demi-acclimatation devient une acclimatation entière, et celle-ci doit être d'autant plus solide qu'il y a eu plus de générations écoulées depuis le séjour sur les hauts lieux. C'est dire que l'homme, qui ne peut guère compter plus de cinq générations par siècle, doit être acclimaté bien plus tard que les animaux domestiques qu'il a amenés avec lui, et surtout que les petites espèces, à générations bien plus nombreuses dans le même temps. Ce sont donc ces dernières qu'il est le plus intéressant d'examiner, en outre des espèces sauvages dont l'acclimatation remonte aux temps géologiques.

Or, à quoi peut tenir cette acclimatation? Parmi les hypothèses que j'ai examinées jadis (voir mon livre sur la *Pression barométrique*), il en est une qui peut être facilement contrôlée par l'expérience. Elle consiste à supposer que l'hémoglobine a augmenté en quantité dans le sang, en telle sorte qu'à la grande hauteur où vivent ces animaux ils pourraient avoir dans leur sang la même quantité d'oxygène que ceux des régions basses, et braveraient ainsi l'*anoxyhémie*. La richesse en oxygène de la combinaison oxy-hémoglobique resterait moindre, mais la quantité d'hémoglobine compenserait le déficit.

Une importante constatation, faite il y a plusieurs années par M. Jolyet, alors mon préparateur, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est venue faciliter cette étude. M. Jolyet a vu, en effet, que du sang pourri, agité au contact de l'air, absorbe exactement la même quantité d'oxygène (à conditions égales de température et de pression) que lorsqu'il était frais et vivant. En d'autres termes, l'hémoglobine n'est point atteinte par la putréfaction. J'ai pu alors demander aux voyageurs qui visitaient les hauts lieux de m'envoyer du sang d'animaux tués dans ces régions. Aucun n'avait répondu à cet appel, qui date de plusieurs années; mais, récemment, un de nos compatriotes établi à la Paz (3700m d'altitude), ville où les malaises du *soroche* atteignent tous les voyageurs, M. Eugène Guinault, m'a envoyé une série d'échantillons de sang d'animaux vivant à quelques centaines de mètres au-dessus de la Paz.

Ces sangs ont été agités au contact de l'air, à la température de 15o, et voici, ramenée à 0o et à la pression de 0m.76, la quantité d'oxygène que 100cc de chacun d'eux a pu absorber :

	cc
Vigogne	19.3
Id	19.0
Lama mâle	21.6
Alpaca	17.0
Cerf	21.4
Viscache	16.2
Mouton	17.0
Porc	21.6

Or, les analyses de sang faites en France et à l'étranger, et les analyses très nombreuses que j'ai faites moi-même, ont montré que la quantité maximum d'oxygène absorbable par le sang des mammifères herbivores de nos pays est de 10cc pour 100cc de sang.

L'hypothèse est donc vérifiée. Le sang des animaux originaires des hauts lieux, et même celui des animaux acclimatés, présente une capacité d'absorption pour l'oxygène bien supérieure à celle du sang des animaux vivant au niveau de la mer. Les premiers ont donc là, pour fournir aux dépenses régulières de la vie et même aux travaux musculaires qui peuvent leur être imposés, un magasin beaucoup plus riche que celui des animaux nouvellement transportés dans les hautes régions. Il n'est donc pas étonnant qu'ils échappent aux accidents qui frappent ces derniers.

Il faudrait, pour infirmer cette conclusion, que la quantité du sang lui-même fût beaucoup moindre, ce qui est fort invraisemblable et n'a été signalé par aucun observateur.

Il y a sans doute d'autres éléments, dans le problème complexe de l'acclimatation sur les hauts lieux. Un réglage plus économique des dépenses musculaires, une utilisation plus parfaite des forces vives dégagées par les oxydations organiques, doivent peut-être entrer en ligne de compte. Ce sont là des hypothèses d'examen difficile, qu'il convient de réserver. Mais leur importance ne peut être plus grande que celle dont j'apporte aujourd'hui la vérification expérimentale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1882. — Présidence de M. Hardy.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Bucquoy, dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Maurice Raynaud.

— M. Chatin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Vulpian et Dujardin-Beaumetz, lit un rapport sur un ouvrage de M. Boudier (de Montmorency), intitulé : *Des caractères distinctifs des espèces de champignons qui composent le groupe de l'amanite bulbeuse*. M. le rapporteur propose, pour conclusion, d'encourager la double entreprise botanique et médicale de M. Boudier, en décidant que des remerciements lui seront adressés et que son mémoire sera renvoyé au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Nielly, professeur de pathologie exotique à l'Ecole de médecine navale de Brest, présente un jeune mousse de l'*Austerlitz*, âgé de 14 ans, entré le 4 avril dans son service. Ce jeune mousse est affecté d'une éruption caractérisée par de nombreuses papules ou vésiculo-pustules sur les membres. Au membre supérieur gauche, on voit des papules acuminées, au sommet desquelles on distingue très nettement à l'œil nu un petit point jaunâtre très fin ; c'est là mine des nématoïdes que porte l'enfant. Sur le tronc on trouve deux groupes flétris. Aux membres inférieurs, plus particulièrement atteints, l'éruption est très confluente. En portant le séro-pus sous le microscope, on aperçoit un ou plusieurs nématoïdes analogues aux filarides ou aux anguillules. M. Nielly fait passer sous les yeux des membres de l'Académie un dessin représentant le ver, qui est placé sur l'objectif du microscope déposé dans la bibliothèque et mis à la disposition des assistants. Ce ver, incolore, transparent, a des mouvements flexueux, un peu lents, brusques par moments ; il mesure 333|1000 de millimètre en longueur, et 13|1000 en largeur à sa partie moyenne.

Des faits exposés dans la note de M. Nielly, il ressort qu'il existerait en France une dermatose parasitaire spéciale, soit identique au craw-craw de la côte occidentale d'Afrique, observé en 1875 par O'Nelse, médecin de la marine anglaise, sur des noirs de la Côte-d'Or, soit spécifique, mais à coup sûr absolument nouvelle pour les observateurs des climats tempérés.

Cette découverte a un double intérêt : 1° un intérêt scientifique ; si la maladie est identique au craw-craw, le fait contient une solution précise d'une question de géographie médicale, et le craw-craw n'est pas plus exotique que l'aïnum et la lèpre : si la maladie n'est pas le craw-craw, il importe de le savoir et de mettre cette dermatose à son rang nosologique, parmi les parasitaires de France ; 2° un intérêt pratique, car les recherches qui restent à faire sont d'ordre hygiénique et d'ordre thérapeutique.

Il faudra rechercher ce parasite dans les milieux habités par les enfants. Il faudra instituer un traitement qui le guérisse et qui par conséquent soit applicable aux autres cas que l'on pourra rencontrer sans doute en Bretagne, et que d'autres médecins, maintenant prévenus, diagnostiquent sans difficulté, soit en Bretagne, soit ailleurs.

M. Colin (d'Alfort) a observé quelque chose d'analogue chez le chien et le mouton. Il a trouvé des embryons de filaire dans le sang du chien. La filaire qui produit ces embryons se trouve à l'état adulte dans les cavités du cœur. Ces embryons vivent très longtemps dans les eaux douces, et M. Colin pense que c'est par les eaux qu'ils s'introduisent dans le sang du chien.

M. Baillet : On trouve des nématoïdes dans le poumon et dans le cœur, et surtout dans le cœur droit du chien. En même temps qu'on trouve un nématoïde ou un strongle dans les cavités du cœur, on rencontre des œufs dans le parenchyme pulmonaire, et chacun de ces œufs peut devenir le point de départ d'un véritable tubercule. En faisant prendre de ces embryons par les voies digestives, chez le chien, on produit la multiplication de ces strongles dans les voies respiratoires. Chez les chevaux, surtout chez des chevaux venant de Hongrie, un grand nombre de vétérinaires de l'armée ont rencontré des boutons, et dans chacun de ces boutons des embryons de nématoïdes. On a donc également signalé la présence de cette affection chez le cheval et particulièrement chez des chevaux venant de Hongrie.

M. Colin (d'Alfort) rappelle avoir fait, il y a six semaines, une communication sur ce sujet à l'Académie des sciences ; déjà, en 1866, il avait fait sur ce sujet une première communication.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

M. Vulpian : M. Léon Le Fort, dans la dernière séance, m'a adressé la question suivante : « Voici, a-t-il dit, la question importante que soulève la communication de M. Vulpian. Lorsque nous avons à pratiquer une opération douloureuse, devons-nous nous borner à atténuer la sensibilité sans aller jusqu'à une anesthésie complète, profonde, absolue ? Dans le premier cas, nous pouvons peut-être redouter l'apparition plus facile de la syncope ; mais, en revanche, si elle survenait, nous aurions plus de chance de la combattre avec succès. Dans le second cas, une syncope accidentelle serait presque à coup sûr mortelle ; mais ne pouvons-nous pas espérer qu'en poussant l'anesthésie à fond nous aurons prévenu la syncope en affaiblissant on en éteignant l'action réflexe due à l'acte opératoire ?

C'est pour cette seconde hypothèse, et par conséquent pour l'anesthésie complète, que je me suis prononcé ; mais la communication de M. Vulpian me porte à croire que je suis dans l'erreur

et que le chloroforme n'éteint pas l'action réflexe sur le cœur et la respiration. »

Pour répondre à cette question, il me faut diviser ma réponse en deux parties : l'une concernant la syncope cardiaque, l'autre la syncope respiratoire. Dans la syncope cardiaque, telle que nous l'avons obtenue dans nos expériences sur les animaux, il y a un acte réflexe complet, c'est-à-dire excitation directe d'un nerf sensitif, transport de cette excitation au bulbe rachidien, et, par son intermédiaire, irritation modératrice s'exerçant sur le pneumo-gastrique et ayant pour effet l'arrêt du cœur. Il y a donc là un acte réflexe complet ; phénomène centripète (excitation du nerf), phénomène central (transport au bulbe rachidien) et phénomène transfuge (arrêt du cœur).

Dans la syncope respiratoire, il y a une excitation portant sur un nerf sensitif, transportée au bulbe, comme dans le premier cas, mais de là action d'arrêt sur l'arbre respiratoire.

Ce qui fait la gravité de la syncope cardiaque, c'est que le cœur et les ganglions cardiaques d'un animal soumis à un agent anesthésique quelconque, au chloroforme, par exemple, ne sont pas dans leur état normal ; le chloroforme, comme tout autre agent anesthésique, agit sur tous les tissus de l'organisme ; les ganglions cardiaques sont modifiés, affaiblis ; vienne, dans ces conditions, une excitation quelconque, la syncope est à craindre ; tandis que, chez l'individu ou l'animal se trouvant dans l'état normal, la syncope n'aura plus les mêmes raisons de se produire, ou, si elle se produit, le cœur, non altéré, nullement modifié, reprendra bien vite son fonctionnement. Donc, chez un animal profondément chloroformisé ou chloralisé, les ganglions cardiaques ont perdu de leur énergie, de leur élasticité fonctionnelle, et ils ont d'autant moins de tendance à reprendre leur fonctionnement régulier ; dans ces conditions, le cœur pourra ne plus reprendre ses fonctions.

La seconde question posée par M. Le Fort est celle-ci : La syncope cardiaque a-t-elle moins de chances de se produire chez un individu profondément chloroformisé que chez l'individu incomplètement anesthésié ? Dans nos expériences de laboratoire, nous ne trouvons rien qui nous permette de répondre catégoriquement à cette question. Ce que je sais, c'est que cette syncope peut avoir lieu chez l'animal profondément endormi ; l'action réflexe n'est pas épuisée sous l'influence de l'anesthésie la plus complète. Donc, chez l'animal profondément endormi, la syncope cardiaque peut se produire, et, dans ces conditions, elle est presque toujours mortelle. Voilà ce qu'il faut bien savoir. Heureusement cette syncope cardiaque est extrêmement rare ; si elle était fréquente, aucun chirurgien ne voudrait recourir à la chloroformisation.

Le tableau est bien moins sombre pour la syncope respiratoire ; plus l'individu est profondément chloroformisé, plus cette syncope est grave ; plus la chloroformisation est profonde, plus la syncope respiratoire est facile, comme le prouve l'expérience suivante. Chez un chien de taille moyenne, je fais injecter 4 grammes de chloral hydraté dans les veines, puis je faradise le bout supérieur du nerf sciatique préalablement sectionné ; l'animal s'agite, gémit ; sa respiration devient plus fréquente ; j'injecte successivement 1, 2, 3 grammes de plus, et chaque fois on faradise le bout supérieur du nerf sciatique ; chaque fois même effet, puis bientôt cette excitation d'un nerf périphérique exerce sur le centre respiratoire une action modératrice ; la respiration devient plus faible ; puis, à un moment donné, elle s'arrête brusquement ; le cœur continue à battre encore pendant une ou deux minutes, puis l'animal meurt. Cette expérience montre que la syncope respiratoire est plus facile quand l'anesthésie est plus profonde ; elle est aussi plus grave dans ces cas.

Je réponds donc à la question de M. Le Fort en supposant que les résultats de l'expérimentation soient les mêmes que chez l'homme : Non, il ne faut pas pousser la chloroformisation trop loin. J'ajoute qu'heureusement cette syncope respiratoire, plus fréquente que la syncope cardiaque, est beaucoup moins grave, car on fait presque toujours revenir les chiens à la vie par la respiration artificielle.

Je profite de cette occasion pour revenir sur une erreur que je regrette d'avoir commise. J'ai cru, un moment, que dans ces cas la faradisation des nerfs pouvait faciliter le retour à la vie ; or, d'après ce que nous avons appris sur l'influence de l'excitation d'un nerf périphérique, on pareil cas, nous voyons qu'on va ainsi à l'inverse de ce qu'on veut obtenir, les excitations périphériques exerçant une action modératrice sur le bulbe. Il ne faut donc pas recourir à la faradisation ; il faut faire la respiration artificielle pendant un temps suffisamment long, dix à vingt minutes. L'économie se vide ainsi peu à peu du chloroforme dont elle est imprégnée, pendant qu'en même temps on entretient la respiration.

Je me résume donc en répondant ainsi à la question de M. Le Fort : Pour ce qui concerne la syncope cardiaque, elle peut survenir chez les individus profondément chloroformisés, et elle est presque toujours mortelle ; quant à la syncope respiratoire, elle arrive également chez les sujets profondément endormis ; elle est beaucoup plus fréquente que la syncope cardiaque, mais, avec des soins éclairés, on peut très facilement la faire cesser par la respiration artificielle.

M. Colin (d'Alfort). Dans l'anesthésie, il est des accidents difficiles à expliquer : c'est cette asphyxie ou cette syncope qui survient un grand nombre d'heures après la cessation de l'anesthésie. J'ai essayé de rappeler des chiens ainsi asphyxiés à la vie, je n'ai jamais pu y parvenir. Chez le chat, par exemple, on obtient facilement l'anesthésie pendant trente-huit heures ; mais, quand elle se termine, l'animal meurt. Comment M. Vulpian explique-t-il ces faits ?

M. Maurice Perrin croit que la communication de M. Vulpian doit jeter un grand trouble dans l'esprit des chirurgiens. Depuis trente ans, en effet, tous sont d'accord sur ce fait que les accidents se produisent pendant le labeur d'une chloroformisation incomplète. Si l'on consulte, en effet, les statistiques de la mortalité par le chloroforme, on voit qu'il s'agit d'accidents arrivés chez les dentistes ou entre les mains de chirurgiens timides qui ont commencé l'opération avant l'anesthésie complète ; on a bien aussi relevé un certain nombre d'accidents survenus pendant la période d'anesthésie complète, mais ils sont extrêmement rares comparativement aux autres. Tous les chirurgiens admettent donc aujourd'hui que la période de chloroformisation pendant laquelle, chez l'homme, le chloroforme est le moins dangereux, est celle qui a été désignée sous le nom de période de tolérance et qui se traduit par des signes physiologiques bien connus, tels que le ralentissement du pouls, la diminution et la régularisation de la fonction respiratoire, la résolution du système musculaire, la contraction de la pupille, l'absence du réflexe palpébral, etc. Or, comment concilier ces données de la clinique avec les données de la physiologie expérimentale ?

J'ai fait, dit M. Perrin, un grand nombre d'anesthésies sur les animaux, et j'ai toujours observé une régularité parfaite tant qu'on n'excite pas les nerfs de la sensibilité, comme dans l'expérience de M. Vulpian.

Nous avons chez l'homme une syncope, un état de mort apparente, se produisant sous l'influence de la vue du sang, par exemple chez les individus les plus fortement constitués ; il y a là des causes d'ordre moral et d'ordre physique qui n'existent pas chez les animaux. J'ai été surpris d'entendre M. Vulpian employer l'expression de syncope respiratoire. Je crois qu'il faut réserver ce mot de syncope à l'arrêt du cœur ; la syncope, chez l'homme, étant un accident parfaitement déterminé, parfaitement reconnu comme dépendant d'un arrêt momentané des fonctions du cœur.

M. Vulpian répond à M. Colin qu'il a vu des accidents tardifs de la chloroformisation ou de la chloralisation ; ils tiennent à une véritable intoxication et peuvent s'expliquer par une action générale de l'anesthésique sur tous les tissus.

A M. Perrin, M. Vulpian fait observer qu'il a eu soin de dire qu'il parlait de physiologie et non de chirurgie. Il faut tenir compte

des différences qui existent entre ce qui se passe chez l'homme et ce qui a lieu chez les animaux. Mais, si l'on interroge les chirurgiens, ils s'accordent tous à dire que la chloroformisation se passe bien rarement sans incidents, sans alertes; que c'est toujours une intoxication très grave, et que c'est grâce au soins qu'ils y apportent qu'il n'arrive pas plus d'accidents.

Je ne défendrai pas autrement le mot de syncope respiratoire: je ferai cependant observer qu'il ne s'agit pas là d'asphyxie, mais d'un phénomène absolument comparable à celui de l'arrêt du cœur. Au fond de la syncope cardiaque, il y a une suspension brusque des excitations nerveuses du cœur; qu'y a-t-il au fond de la syncope respiratoire? Un arrêt brusque du fonctionnement du centre excitateur de la fonction respiratoire. Les deux phénomènes sont absolument comparables.

M. Maurice Perrin : M. Vulpian pense-t-il que, dans les conditions dont je viens de parler, les chirurgiens doivent attendre, pour opérer, cette période de tolérance?

M. Vulpian : Oui, dans les conditions où vous vous trouvez chez l'homme.

M. Alphonse Guérin ne comprend pas la persistance d'une action réflexe chez un malade profondément endormi par le chloroforme, pour ainsi dire à l'état de cadavre.

M. Vulpian : Il faut bien que le bulbe ait conservé son pouvoir réflexe, puisque l'individu continue à respirer. En outre, il est facile de démontrer que, même chez l'animal ou l'individu ainsi profondément endormi, la moelle a conservé sa conductibilité centripète, puisqu'on peut diminuer la respiration par l'excitation du bout supérieur du nerf sciatique, comme cela a lieu dans l'expérience que j'ai fait connaître.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1882. — Présidence de M. Guéniot.

M. Poncet dépose sur le bureau, de la part de M. Motti, une observation de tétanos; à l'autopsie, on a trouvé des lésions du grand sympathique. Cette observation est renvoyée à l'examen de M. Chauvel.

M. Desprès : Dans une séance précédente, il a été question de l'anus artificiel dans les occlusions intestinales consécutives à un cancer du rectum, et à ce propos j'ai dit que je ne pratiquais jamais cette opération, car l'on peut, à mon avis, toujours arriver à déboucher le rectum et à faire cesser l'occlusion, en introduisant la main tout entière dans l'anus et en allant avec un doigt jusque dans le rétrécissement. Il y a trois mois, j'ai pratiqué cette méthode chez un malade qui, depuis, n'a pas eu de nouvelle occlusion et va aujourd'hui aussi bien que peut le comporter une affection cancéreuse.

— **M. Horteloup** lit un travail de M. Ollier (de Lyon) sur les amputations et les désarticulations sous-périostées. Dans son travail, M. Ollier arrive à conclure qu'il faut abandonner le procédé de la manchette de périoste, sauf pour les amputations de la jambe au lieu d'élection. Car si la manchette de périoste a l'avantage de donner souvent la réunion par première intention, elle a souvent aussi l'inconvénient d'amener la production d'ostéophytes plus ou moins saillants, qui produisent des moignons irréguliers et douloureux chez les jeunes sujets.

M. Poncet : Je m'étonne de voir M. Ollier devenir l'adversaire de l'amputation sous-périostée, lui qui en a été le promoteur. Pour ma part, je n'ai eu que de bons résultats de cette opération; je n'ai jamais vu la production de ces ostéophytes, je n'ai jamais obtenu qu'un champignon osseux régulier et donnant au moignon une bonne conformation.

M. Desprès : Je suis de l'avis de M. Ollier et complètement opposé aux amputations sous-périostées; car je ne crois pas qu'il soit possible de décoller régulièrement le périoste et d'obtenir une manchette périostée.

M. Poncet : Je ne suis pas de l'avis de M. Desprès; j'ai fait dernièrement une amputation du bras chez un jeune homme et j'ai décollé le périoste de l'humérus avec la plus grande facilité.

M. Desprès : Je ne conteste pas que chez certains sujets on ne puisse détacher le périoste, mais c'est là une exception et il ne faut pas généraliser d'après un ou deux cas. On peut obtenir une manchette de périoste chez un sujet que l'on ampute pour une tumeur blanche, car alors le périoste est épaissi; mais chez un individu sain qui est amputé pour un traumatisme, on ne peut avoir une manchette régulière.

M. Poncet : L'amputation dont j'ai parlé a été faite pour un cas de traumatisme chez un homme de vingt-cinq ans, et le périoste a été décollé très facilement.

M. Farabeuf fait remarquer que sur le cadavre, à tous les âges, on peut décoller le périoste; dans certains cas, cela est très facile, dans d'autres c'est plus difficile.

— **M. Terrier** lit un rapport sur une observation de M. Peyrot; cette observation a pour sujet une jeune fille de vingt-trois ans qui eut d'abord une tumeur de la face dorsale du nez. La tumeur fut enlevée et quelques années après il survint une tumeur de la cavité orbitaire qui entraîna la perte de l'œil. M. Peyrot enleva cette tumeur et l'examen histologique fait par M. Poncet, démontra que c'était un fibrôme caverneux et mélanique qui s'était substitué au globe oculaire. Mais d'après les renseignements et la marche de la maladie, M. Peyrot pense que l'on a affaire à un angiome devenu fibreux. Le point intéressant de la question est de savoir si la tumeur s'est développée primitivement dans le globe oculaire, ou si c'était une tumeur de l'orbite. M. Terrier, d'après l'observation, pense que c'était une tumeur intraoculaire, et il s'appuie pour affirmer ce diagnostic sur ce que cette tumeur était mobile sous l'influence de la contraction des muscles oculaires.

M. Poncet : Je puis donner sur cette malade des renseignemens postérieurs à l'époque à laquelle elle a été opérée par M. Peyrot. Cette jeune fille est actuellement dans le service de M. Panas, où je l'ai de nouveau examinée, et j'ai constaté qu'il restait dans l'angle interne de la cavité orbitaire un petit moignon qui ressemble à un bulbe oculaire; cela éloignerait donc l'idée que la tumeur se serait développée dans le globe oculaire. En outre, un nouvel examen de la tumeur m'a fait constater qu'on n'y trouvait aucune trace des membranes de l'œil, et je ne crois pas que l'œil puisse disparaître aussi complètement et sans laisser aucun vestige de ses membranes. Mon diagnostic est donc actuellement : tumeur extra-oculaire formée par un angiome caverneux transformé en fibrôme, avec pigmentation due à des hémorragies.

— **M. Chauvel** lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vieuze, intitulé : *Remarques sur la fistule à l'anus consécutive à l'hypertrophie de la valvule de Houston*.

La Société nomme une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont nommés : MM. Tillaux, Marc Sée, Chauvel.

Séance du 12 avril 1882. — Présidence de M. Guéniot

M. Ollier, à propos du procès-verbal : Je ne suis pas, comme on me le fait dire, un adversaire des amputations sous-périostées, seulement je ne pousse pas l'enthousiasme pour cette opération au delà de certaines limites. J'en ai fait un grand nombre, et j'ai obtenu des résultats divers; dans quelques cas, j'ai eu une réunion immédiate, mais dans d'autres aussi je n'ai pas eu de bons résultats. Enfin, dans un cas, il est survenu une aiguille osseuse que j'ai dû réséquer plus tard, et, quoique cela ne soit pas de l'opinion de plusieurs chirurgiens, il peut, dans ces amputations, se produire des ostéophytes, et c'est là une des raisons qui ont diminué mon enthousiasme pour les amputations sous-périostées. Chez l'adulte, le développement de ces ostéophytes est moins à craindre, et il vaut mieux employer cette méthode chez lui que chez les en-

fants ou les adolescents. Il faut, lorsque l'on fait cette opération, avoir soin de bien scier l'os juste au point où le périoste a été décollé, et il faut en outre décoller une grande étendue de cette membrane; M. Trélat pense qu'il faut la décoller sur une étendue de 30 millimètres pour une amputation d'un os de 25 millimètres de diamètre, et je crois que cela n'est pas encore suffisant, et qu'il faut en décoller une longueur double du diamètre de l'os que l'on ampute, et cela à cause de la grande rétractilité du périoste. Quant au décollement de cette membrane, cela n'offre aucune difficulté. Je tiens donc à dire que je ne suis pas l'adversaire des amputations sous-périostées, seulement je crois qu'elles ne doivent pas être pratiquées d'une façon absolue.

Une chose plus importante, à mon avis, et qui rend de plus grands services, ce sont les désarticulations sous-périostées. Les avantages de cette opération sont les suivants: grande sécurité de l'opération; perte de sang très minime; suites de l'opération très simples.

En outre, souvent le périoste conservé peut reproduire dans le moignon une portion d'os qui pourra rendre de grands services pour l'application d'un appareil prothétique.

M. Trélat : Je suis tout à fait de l'avis de M. Ollier et je suis heureux de voir qu'il n'est pas l'adversaire des amputations sous-périostées. Cette question est importante à étudier, car par la suite on pourra spécifier dans quelles amputations il faut conserver le périoste et dans quelle autre il vaut mieux ne pas la faire. En 1868 j'ai fait à la Société un rapport sur les résections du coude, où je concluais que la conservation du périoste donnait les avantages suivants : chances possibles de régénération, sécurité opératoire et présence d'une gaîne périostée recouvrant l'extrémité osseuse.

M. Després : Je conteste absolument que dans une amputation traumatique chez l'adulte et sur un os sain, on puisse avoir un lambeau ou une manchette de périosté, et ce que l'on peut obtenir de périoste est fatalement contus et a perdu ses propriétés normales. Quant aux désarticulations sous-périostées, je n'en ai jamais fait, mais je m'explique difficilement comment on peut la pratiquer à la hanche.

M. Trélat : M. Després vient de répéter ce qu'il a dit dans la dernière séance, et l'on a déjà répondu à ses arguments.

M. Berger : Je suis de l'avis de M. Després lorsqu'il dit qu'il faut faire une distinction entre les amputations pathologiques et les traumatiques; dans ces dernières le décollement du périoste est très difficile.

M. Ollier : Je répondrai à M. Després qu'il est toujours possible, même dans les conditions les plus défavorables, de détacher une gaîne périostique suffisante.

Quant à la désarticulation sous-périostée du fémur, voilà comment je la pratique : je commence comme pour la résection, puis je passe entre les muscles pour arriver sur la capsule; j'agrandis l'incision capsulaire, je coupe le ligament rond, je fais saillir la tête du fémur, puis tout autour, et dans la continuité de la capsule, je détache le périoste. On peut de cette façon obtenir un tube complet de périoste.

Dr Henri Bastard.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE

Tenu les 11, 12 et 13 avril

Du rôle des poussières charbonneuses dans la pathologie du houilleur. (Résumé de la communication du docteur Paul Fabre (de Commentry), président de la Société des sciences médicales de Gannat.)

Les poussières charbonneuses, en laissant de côté leur accumulation dans les voies respiratoires (anthracosis, pneumoconioses), produisent sur les houilleurs les particularités suivantes :

La houille pulvérulente n'exerce aucune action spéciale sur la peau. Les impétigos, les eczémas, que quelques auteurs ont attribué à l'influence des poussières charbonneuses, ne surviennent que lorsque les galeries de mines contiennent une eau tenant en dissolution ou en suspension quelque principe irritant. Les trieurs de charbon, qui travaillent à la surface du sol, vivent dans une atmosphère charbonneuse et manient la houille autant et plus que les ouvriers du fond, n'ont pas, en effet, de ces éruptions.

Presque tous les mineurs présentent des cicatrices caractéristiques d'une coloration nettement bleue; ces cicatrices, indélébiles comme un vrai tatouage, succèdent à toute plaie produite par l'action traumatique d'un fragment de charbon.

La bouille pulvérulente en suspension dans l'air peut amener un léger degré de conjonctivite simple. Mais on observe aussi très fréquemment de vraies kératites, des kérato-conjonctivites, parfois avec iritis et souvent suivies d'ulcération de la cornée. Ces derniers accidents sont produits par l'implantation sur la cornée de fragments de houille projeté avec un certain degré de violence dans l'opération de l'abatage du charbon à l'aide du pic. Il suffit habituellement de débarrasser la cornée de son corps étranger pour obtenir une guérison rapide des phénomènes inflammatoires.

Il arrive assez souvent que les houilleurs se plaignent d'une diminution marquée de l'ouïe et des troubles divers de l'audition. Maintes fois, et même presque toujours, le docteur P. Fabre a constaté que ces troubles divers sont dus à la présence dans le conduit auditif externe d'un bouchon plus ou moins dur et plus ou moins volumineux de poussières charbonneuses agglutinées par du cérumen. En général il y a coïncidence d'un certain degré d'inflammation catarrhale du conduit. Dès que le bouchon obturateur, lequel ordinairement a causé l'inflammation, est enlevé, quelques lavages émollients complètent la guérison.

— M. le docteur Armaignac, médecin oculiste à Bordeaux, fait une intéressante communication sur la « *cécité des mots* ». Après avoir esquissé à grandes traits les principales manifestations de cette singulière maladie qu'on appelle l'*aphasie* et dont la cécité des mots n'est qu'une variété clinique, l'auteur parle de la localisation de la faculté du langage dans le cerveau et fait l'historique des principaux travaux qui ont paru sur ce sujet depuis Gall jusqu'à nos jours. M. Armaignac rapporte ensuite une observation qui lui est personnelle et dans laquelle le phénomène de la cécité des mots s'est montré et a persisté jusqu'à ce jour, c'est-à-dire pendant deux ans, sans présenter aucune complication du côté de l'intelligence ni des fonctions du système nerveux ou musculaire. Le malade a toujours joui et jouit encore de la plénitude de ses facultés intellectuelles; il n'a jamais présenté aucun trouble de la parole ni de paralysie; il écrit, comme autrefois, avec un style très correct et une écriture très régulière et très élégante ce qu'on lui dicte ou ce qu'il pense lui-même, mais il est incapable de lire un seul mot imprimé ou écrit soit par lui, soit par un autre, bien que sa vision soit parfaite et absolument normale. Il a conservé toutefois le nom des lettres et des chiffres, mais il est dans l'impossibilité de les joindre objectivement pour former des mots ou des nombres, et cependant il peut mentalement former les mots et les nombres si on lui dicte les lettres ou les chiffres.

M. Armaignac avait conseillé à ce malade d'apprendre à lire de nouveau en commençant par l'alphabet, méthode qui a déjà réussi dans deux ou trois autres cas, mais des malheurs de famille qui l'ont frappé dans ces derniers temps l'ont empêché de mettre ce projet à exécution jusqu'à ce jour, et, du reste, il dit lui-même qu'il éprouve une très grande difficulté et une grande fatigue pour faire le travail intellectuel qui consiste à réunir les lettres pour former les mots, même les plus simples.

Le docteur Armaignac fait suivre son observation de réflexions anatomo-psychologiques et cherche, par une ingénieuse théorie, à expliquer les rapports qui existent entre les sensations données par les organes des sens, le centre percepteur de ces sensations, et le symbole ou les signes qui servent d'une façon conventionnelle à désigner des objets matériels, des actes ou des idées abstraites.

— M. le docteur R. Moutard-Martin signale, à propos de la communication de M. Armaignac, les récents progrès de l'étude

toujours ouverte des localisations cérébrales. Il manifeste l'espoir, grâce à ses recherches, de voir, dans un avenir plus ou moins prochain, la pathologie des centres nerveux acquérir un degré de certititude que la médecine envie jusqu'ici aux autres branches des sciences naturelles.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire, par M. Jaccoud, professeur de la Faculté de médecine de Paris (1881).

Suite et fin. — Voir les numéros 12, 13 et 14.

On vient de voir quels sont les principaux avantages des climats d'altitude : les climats de plaine pendant l'hiver ont une température fraîche, tempérée ou chaude, et une égalité thermique plus ou moins réelle, qui mettent le malade à l'abri des catarrhes broncho-pulmonaires, lui permettent d'éviter le confinement de la chambre, d'où la vie au dehors et l'action salutaire du soleil et de l'air libre sur l'organisme.

Or il arrive un moment où, dans l'évolution de la phtisie, ce bénéfice constitue, au point de vue de la résidence, l'indication dominante, c'est lorsque l'état catarrhal prédomine ou lorsque la *phase consomptive* est arrivée.

Il ne faut pas toutefois confondre un état fébrile passager, phénomène épisodique, avec l'état de consomption. Celui-là seul contre-indique formellement les climats d'altitude. Les autres contre-indications des montagnes sont dans un état pathologique antérieur ou étranger à la phtisie : emphysème, maladies du cœur, etc... ou dans le *mode réactionnel* du patient, porteur de cette forme de phtisie dite floride ou éréthique. Il convient d'y ajouter certaines complications ou certaines formes de la phtisie : *accidents laryngés ou intestinaux graves*, lésions très étendues, quoique peu avancées, phtisies pneumoniques... Le climat de plaine est ici préférable. Au contraire, les hémoptysies, quand elles sont un phénomène isolé et torpide, sans fièvre subséquente, s'accommodent très bien des climats d'altitude.

Et pour résumer ce chapitre des indications et des contre-indications des climats, M. Jaccoud dit : « Les climats d'altitude sont actifs et modificateurs, *ils sont des agents thérapeutiques*. Les climats de plaine sont passifs, conservateurs, ils sont des *témoins de la thérapeutique*. »

Mais il ne suffit pas que le médecin connaisse la valeur et les indications de chacune de ces deux principales variétés de climat, il faut encore qu'il soit convaincu de l'utilité de ce que M. Jaccoud appelle *la résidence fixe et prolongée*. Rien n'est plus nuisible à la cure de la maladie que ces déplacements incessants imposés au malade qui, son adaptation au climat étant à peine commencée, se voit forcé de le quitter, pour en chercher un autre. La famille doit visiter le malade, contrairement à ce qui se fait d'ordinaire, et si la monotonie d'un séjour fixe provoque la tristesse et la perte d'appétit, on doit chercher dans les mêmes régions d'altitude un changement qui n'aura d'autre importance que d'apporter un peu de variété dans la vie de chaque jour. Cette méthode de la *résidence fixe* s'applique également aux climats de plaine, quand la chaleur estivale n'est pas trop grande : à Madère, par exemple, les malades séjourneront avec fruit pendant un an ou deux consécutifs.

Une pratique de tous points opposée à cette méthode est souvent conseillée aux malades qui passent l'hiver à Menton et viennent pendant l'été séjourner à Saint-Moritz, ou Davos. Cette association banale de deux traitements différents, ou mieux antagonistes, est très préjudiciable aux malades qui ont atteint la deuxième période de la phtisie et qui ont besoin d'un climat *conservateur ;* elle est également nuisible au début de la maladie, car elle dissipe tout le bénéfice du climat *modificateur*.

M. Jaccoud passe ensuite en revue et classe les stations climatériques appartenant aux deux groupes précités, en tenant compte des conditions sanitaires et hygiéniques, ainsi que de leurs ressources thérapeutiques et alimentaires.

Pour les climats de montagne, c'est Davos ou l'Engadine qu'il faut choisir avant toutes les autres stations. Sans doute Brehmer, en fondant Gorbersdorf (Silésie) a formulé et créé la première application pratique du traitement de la phtisie par l'*aguerrissement;* mais le principe de la résidence fixe, même pendant l'hiver, a été affirmé par Küchenmeister, Spengler et Ungern et mis en pratique à Davos.

Les raisons de la préférence de M. Jaccoud pour Davos sur Gorbersdorf sont relatives à la latitude plus méridionale de Davos, où, l'air étant plus sec, le froid est mieux supporté. A Davos aussi bien qu'à Samaden et à Saint-Moritz, l'atmosphère est d'une pureté sans égale, la lumière est vive, le ciel bleu, le soleil rayonnant, et les vents du Nord n'ont aucune prise sur la région ; les établissements réservés aux malades sont merveilleusement installés et pourvus, et permettent au moment des neiges un exercice convenable dans un air fréquemment renouvelé. Mais la neige dure peu, et les jours mauvais sont rares et ne se montrent jamais par séries. La promenade en traîneau, le patinage sont d'agréables et utiles exercices ; de sorte que la cure est rarement interrompue.

Davos, Samaden, Saint-Moritz en première ligne, et en seconde ligne Gorbersdorf, Falkenstein, Aussie, telle est l'échelle proposée par M. Jaccoud pour les climats de montagne.

Le type du climat de plaine est Madère. L'*uniformité thermique*, c'est-à-dire la petitesse des oscillations thermométriques aux diverses heures du jour, aux divers mois, voilà l'élément prépondérant de ce climat. Il faut y ajouter un état *hygrométrique* fixe, la rareté des vents et l'absence de poussière, la douceur de l'air à la fois *sédatif* et *fortifiant*.

Il résulte de cet ensemble de qualités que les deux indications capitales : *précaution locale* et *restauration générale*, sont merveilleusement remplies par Madère, qui convient à tous les malades qui ont besoin du climat de plaine.

A défaut de Madère, c'est Alger, c'est Mustapha qui sera choisi. La résidence fixe prolongée n'est pas possible comme à Madère, et l'air y est moins pur ; mais l'uniformité thermique y est suffisante et l'action atmosphérique tonique sans trop d'excitation.

Catane, Palerme et Pise viennent un peu après Mustapha. Quant à l'île de Ténériffe, à Mogador, à Tanger, il faut les écarter, pour diverses raisons.

Les stations de la *Rivière méditerranéenne*, Cannes et Menton en France, San-Remo et la Spezia en Italie, ne viennent qu'au troisième rang, après Mustapha et Madère.

Cependant ces stations sont utiles dans le groupe des stations de plaine et l'hiver lumineux de ces régions est incom-

parablement supérieur pour les malades au séjour triste et sombre des villes de l'Europe; mais il ne faut lui demander ni l'uniformité thermique, ni l'hygrométrie moyenne, ni le calme de l'atmosphère. Elles sont donc toutes assez inférieures à Madère et à Mustapha, mais les malades les fréquenteront longtemps encore à cause de leur proximité.

Le livre de M. Jaccoud finit là, et si j'ai réussi à faire comprendre l'extrême importance de cet ouvrage, où tant de parties sont neuves et originales, dans un sujet qui semblait épuisé, j'aurai rendu aux médecins un véritable service.

Dr J. Grancher.

VARIÉTÉS

HYDROLOGIE

Des eaux minérales purgatives. — La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins; elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin (1). L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin, est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grande quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes tels que l'urée et la créatine. Ces produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet dès maintenant que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales naturelles purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

On sait que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau. Il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité, mais il y a aussi une action nerveuse, spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui fait la supériorité de l'administration des eaux minérales purgatives naturelles proprement dites sur celle des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celle des eaux artificielles de même composition chimique; il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes*, et que c'était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre, sur les simples solutions salines de nos laboratoires.

(1) L'eau de mer, par suite du chlorure de magnésium qu'elle contient, agit comme vomi-purgatif et ne peut être considérée comme médicament. Le sel marin introduit directement dans l'intestin (lavement) est au contraire un puissant purgatif.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saureit nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes ou autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Bismenstorf et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en la coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradee ainsi l'énergie de la purgation et l'on n'est pas condamné, comme avec de l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté et réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre la constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque. (Le Praticien.)

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Edward Sinclair, professeur d'accouchements à l'Université de Dublin, décédé ces jours derniers à l'âge de cinquante-huit ans. Il avait été, en 1867, président du collége des chirurgiens.

***

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Gardelle, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Montauban, emporté à l'âge de cinquante-un ans, par une pneumonie double, et celle de M. le docteur Chassaigne, médecin aide-major, tué au Gabon, à l'âge de trente-un ans, dans une attaque des troupes contre Rhemfoë.

***

— M. le docteur Krapf, connu par de nombreux voyages d'exploration dans l'Afrique centrele, vient, tout récemment, de mourir à l'âge de soixante-onze ans.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 20 mars 1882, M. Vulpian, ancien doyen de la Faculté, est nommé doyen honoraire.

***

— Par arrêté ministériel en data du 27 mars, sont nommés: MM. Rondeau, préparateur, Gley et Pignol, moniteur des travaux pratiques de physiologie.

***

Médecins de l'état-civil. — M. le docteur Monthus vient d'être nommé, par arrêté préfectoral du 31 mars 1882, médecin de l'état-civil pour la seconde circonscription du cinquième arrondissement de Paris.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — Par divers arrêtés ministériels, sont nommés: M. le docteur Serre, pour suppléer M. le professeur Courty à la clinique chirurgicale; M. le docteur Tédenat, pour faire le cours auxiliaire de pathologie externe;

M. Planchon (Louis), pour remplir les fonctions d'aide-botaniste.

***

HOPITAUX DE MONTPELLIER. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Montpellier vient de se terminer par la nomination dans l'ordre suivant de : 1o M. Tapie ; 2º M. Bonnafous, comme internes titulaires, et 3o de M. Amblard, comme interne suppléant.

Le concours de l'externat aura lieu le 24 avril.

***

COURS OFFICIELS. — M. le professeur Charcot commencera ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le dimanche 23 avril 1882, à neuf heures et demie du matin, dans le grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, aura lieu une conférence clinique dans les salles des malades. — MM. les étudiants sont priés de se munir de leur carte.

***

— M. le professeur Germain Sée reprendra ses leçons de clinique médicale, le lundi 17 avril 1882, à neuf heures et un quart du matin, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude du diagnostic, celles du mercredi aux expérimentations, par M. Bochefontaine, chef du laboratoire; celles du vendredi à la thérapeutique.

***

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur Brown-Séquard commencera le cours de médecine du second semestre de l'année scolaire 1881-1882 le mardi 19 avril 1882 à deux heures et demie, et le continuera les jendis et mardis suivants, à la même heure.

Il traitera de l'influence des irritations périphériques de l'encéphale et d'autres parties de l'organisme.

***

COURS LIBRES. — M. le docteur Guibout reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le 15 avril 1882, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure.

—M. le docteur E. Vidal reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, ses conférences cliniques sur les maladies cutanées le lundi 17 avril 1882 à dix heures du matin, et les continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure, dans la salle Saint-Jean.

—M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique, commencera son cours le lundi 24 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis et vendredis suivants. Objet du cours : Anatomie pathologique générale ; lésions des cellules; inflammations ; tumeurs ; lésions des tissus.

***

HOPITAL DU MIDI.—M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 22 avril, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

***

M. le professeur Ball reprendra son cours clinique des maladies mentales le dimanche 16 avril, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 16 22 AVRIL 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 20 avril 1882.

LA QUESTION DES QUARANTAINES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — FIN DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. de Lesseps, adversaire déclaré des quarantaines, a puisé de nouveaux griefs contre ce système de prophylaxie internationale dans un récent voyage qu'il vient de faire en Egypte, où il a été témoin d'actes qu'il qualifie « d'arbitraires, inutiles et ruineux pour le commerce ». Réunissant toutes les citations d'auteurs, tous les arguments qui peuvent appuyer sa thèse, il propose à l'Académie des sciences de nommer une commission dont les conclusions permettraient au gouvernement français d'entamer avec les gouvernements étrangers des négociations ayant pour but de réunir à Paris, à Londres ou à Bruxelles, une nouvelle conférence internationale chargée de réformer les institutions sanitaires actuelles.

Les opinions de M. de Lesseps ont rencontré bon nombre de contradicteurs au sein de l'Académie des sciences, entre autres M. Bouley, qui fera sur ce sujet une prochaine communication. En attendant, l'Académie a répondu au désir de M. de Lesseps en renvoyant l'étude de la question qu'il a soulevée à l'examen d'une commission composée de MM. Wurtz, Pasteur, Bouley, Larrey, de Lesseps.

— La discussion sur le chloroforme, à l'Académie de médecine, a été close par une excellente communication de M. Panas et, comme conclusion malheureuse, mais démonstrative, de tout ce qui a été dit sur les dangers de cet agent anesthésique, par la relation d'un nouveau cas de mort pendant la chloroformisation. Si ce long débat n'a pas éclairci tous les points relatifs à la nature, à la cause immédiate et aux conditions spéciales de ces dangers, le retentissement qu'il a eu aura du moins pour effet d'engager les chirurgiens à redoubler de prudence dans l'administration de l'anesthésique. Si c'est là le but principal que s'est proposé M. Gosselin, il a lieu d'être satisfait.

F. DE R.

LA RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

PREMIÈRE JOURNÉE.

Si les séances de réception à l'Académie française sont fort courues, elles ne donnent pas toujours cependant à ceux qui sont assez favorisés pour y trouver place des jouissances pareilles à celles que nous a procurées dimanche l'assemblée annuelle de l'Association générale des médecins de France.

N'était l'absence de ce public féminin qui rehausse de sa grâce exquise et de son élégance les réunions du palais Mazarin, on se serait cru à une réception d'immortel. L'art de bien dire et de bien lire est, on peut le déclarer, l'apanage des illustres de notre profession, et les hauts dignitaires de notre Association charitable sont passés maîtres en ce double art si charmant et si rare.

C'est M. le président Roger qui a ouvert la séance. Esprit délicat, loyal caractère et cœur excellent, ce membre perpétuel de toutes nos Sociétés locales, nourri des meilleurs auteurs, exprime en beau langage de belles pensées. Sa tâche était rude cette fois; il avait à louer des morts illustres : Littré, ce bénédictin modeste, ce « saint athée », comme l'appelait son collègue de Sacy, qui, sans aucun diplôme, et sans s'exposer cependant à des poursuites, exerçait la médecine des pauvres à Ménil-les-Bois, qui, l'un des premiers, avait compris l'utilité de l'Association et s'y était enrôlé vaillamment comme membre du conseil administratif; puis Bouillaud, une des gloires de l'Ecole médicale de Paris, penseur profond, clinicien expérimenté, qui fut cinquante-cinq ans de l'Académie de médecine et que l'Académie des sciences s'était fait l'honneur d'élire en 1862.

M. Roger avait aussi à louer les bienfaiteurs de notre œuvre, plus nombreux encore cette année, Brière de Boismont, Otterbourg, qui, en mourant, ont pensé à l'Association, MM. Rendu, Amodru, Alphonse Guérin, qui ont profité d'événements heureux pour donner un souvenir à l'infortune de leurs confrères, les filles du docteur Bouillaud, la veuve de Maurice Raynaud qui, au nom de leurs chers morts, ont voulu verser dans la caisse de l'Association une somme importante, et Ricord, ce spécialiste habile et généreux qui, selon l'expression de M. Roger, « a du mercure pour ses clients et de l'or pour ses confrères », et M. et Mme Jules Cloquet, noble et vénérable couple qui, chaque année, comble la caisse des retraites de ses bienfaits, et tant d'autres que nous oublions.

M. Roger a été fort applaudi; les chiffres de M. Brun ont eu aussi leur part de succès. C'est qu'ils sont éloquents aussi, les chiffres de ce caissier modèle, que l'on a bien raison d'appeler le père de l'Association, et qui administre avec un soin scrupuleux et une exactitude de comptable la dot de son enfant de vingt-quatre ans.

Savez-vous qu'elle a une fort belle fortune, la fille de M. Brun, plus de 1,500,000 francs, dont 800,000 francs dans les caisses des Sociétés locales, 700,000 dans la caisse des pensions, et 90,000 environ dans la caisse générale? Aussi peut-

elle cette année entretenir soixante-six pensionnaires, un joli total, quand on songe qu'il y a quatre ans on n'en entretenait aucun.

C'est à M. Martineau, secrétaire, qu'était échue cette année la lourde responsabilité du rapport annuel. On ne succède pas sans danger à ce modèle des secrétaires généraux qui s'appelle Amédée Latour. M. Martineau a su résumer avec beaucoup d'habileté les rapports de toutes les Sociétés locales, et il a pu présenter ainsi un tableau complet des faits et gestes de cette vaste confédération. Peut-être aurait-il pu « faire plus court », laisser de côté certaines critiques et certains conseils qui ont allongé et alourdi un travail écouté du reste avec faveur par l'auditoire de dimanche. Mon distingué et cher confrère me pardonnera cette légère critique de son œuvre, mais à qui devrait-on la vérité si ce n'est à ceux qu'on estime? Cette franchise, d'ailleurs, n'est-elle pas préférable à cet échange de congratulations monotones dont notre association, comme tant d'autres sociétés analogues, a de la peine à se sevrer.

M. Martineau a eu lui aussi à faire, après M. Roger, l'éloge de nos morts; il a parlé de Littré, de Bouillaud, en termes émus; de Marchand, président honoraire de l'Association de la Haute-Garonne, qui fut, on se le rappelle, assassiné par un fou dans l'asile d'aliénés qu'il dirigeait; de Lahat, de Desprez, de Carpentin, morts aussi au champ d'honneur en contractant des maladies qu'ils voulaient combattre. Somme toute, le nécrologe est long; nous avons perdu 155 confreres; il est vrai que nous en avons gagné 460, si nous en croyons M. Martineau; 550 d'après les calculs de M. Brun, à qui nous donnons plus de créance, car il parle preuves sonnantes à l'appui. L'Association compte aujourd'hui 8,055 sociétaires, répartis en 94 sociétés. Quant à l'avoir de la Société, M. Brun nous l'a donné tout à l'heure; mais M. Martineau, à son tour plus complet sur ce chapitre financier, ajoute à ces calculs certaines sommes et fait résonner à nos oreilles ce chiffre respectable de l'avoir total: 1,700,000 francs. Comme un père prudent, M. Brun cachait donc la fortune de son enfant. Il tient sans doute à ce qu'on ne la recherche pas pour son argent.

M. Martineau nous raconte qu'on a distribué cette année des secours à 40 sociétaires, à 90 veuves ou filles de sociétaires, à 50 médecins étrangers à l'Association, que nous avons eu 65 pensionnaires et que nous élevons 7 pupilles.

Parlant des rapports de l'Association avec les diverses autorités, M. Martineau s'est plaint, non sans raison, de ce que, dans une foule de questions où l'hygiène et la santé des citoyens sont en jeu, on ne fasse pas appel aux lumières des médecins. Il voudrait, par exemple, que nous prissions place au sein des commissions d'hôpitaux, réclamation fort juste qui bien souvent a été faite, et que, pour notre part, nous hésiterions à voir satisfaire dans certaines villes: il peut, en effet, s'élever des conflits entre le médecin traitant et le médecin membre de la Commission, et il vaudrait mieux que, pour certaines questions déterminées d'avance, et au besoin inscrites dans la loi, la Commission fût tenue simplement de prendre l'avis motivé du médecin de l'hôpital.

M. Martineau a ensuite cité nombre de cas dans lesquels des contestations d'honoraires, jugées par l'arbitrage des bureaux des sociétés locales, ont été jugées de même par les tribunaux appelés à en connaître. Rappelons en passant que, dans les procès de ce genre, les livres du médecin font foi, mais qu'on ne tient nul compte des réclamations d'honoraires que n'appuie aucun document de comptabilité.

Pour le charlatanisme, on a moins eu à sévir cette dernière année; ce n'est pas que la plaie de l'exercice illégal soit guérie ou même en voie de guérison; mais on se lasse de cette poursuite sur l'opportunité de laquelle le corps médical est encore divisé. Que dire cependant de cette prétention d'une commission d'inspecteurs de pharmacie qui, dans la Haute-Loire, menace de considérer comme remède secret toute spécialité indiquée par des affiches ou des réclames comme se trouvant déposée chez tel ou tel pharmacien? On peut aller loin sur cette voie. Et ne serait-il pas plus digne pour la profession que le médecin prît à ses débuts l'habitude de formuler et ne se fit pas, par négligence ou paresse, le complice inconscient de certains faiseurs de dupes?

C'est par une critique un peu longue, mais bien fondée, des syndicats, que M. Martineau a terminé son rapport.

Certes, la position du médecin est souvent précaire. Cette profession, à laquelle, au banquet du soir, M. Betolaud devait rendre un si éloquent hommage, on la dit profession libérale, indépendante; mais l'est-elle réellement? A l'aurore de sa carrière, le jeune docteur a-t-il cette fière et digne attitude qui impose à tous, qui releve surtout et maintient dans le bon chemin celui qui la prend et la garde? N'a-t-il pas à lutter pour la vie, à se faire au soleil une place dont d'autres déjà ont pris une part; n'a-t-il pas à se préserver d'entraînements que les besoins de l'existence expliqueraient, mais ne justifieraient ni n'excuseraient?

Vous voulez que le médecin débutant s'enrôle dans une corporation fermée et rigide, laquelle met sur un égal pied de mépris le praticien qui donne ses soins aux sociétés de secours mutuels et celui qui fait de la médecine en charlatan; vrai, il faudrait faire un peu plus de différence entre des situations si distinctes, et je rougis quand je vois conserver dans des compagnies de ce genre des médecins qui annoncent dans les journaux que tel jour ils donneront leur consultation à X... et que le lendemain ils seront à Y... Quelle autorité morale aura cette compagnie au moment où, transformée en syndicat, elle se mettra en grève et fixera des tarifs? Nous verrons bien si tous les médecins s'y soumettront et si le public lui-même ne fera pas de sévères comparaisons.

Mais je m'aperçois que je morigène; je n'ai ni l'autorité nécessaire ni assez d'espace pour traiter aujourd'hui la question. Des syndicats se forment sur plusieurs points; laissons se faire au grand jour cette enquête expérimentale; plus tard, nous apprécierons et jugerons.

Après M. Martineau, M. Pénard a lu le rapport de la commission des pensions. C'est un lettré bien fin que l'honorable président de la Société de Seine-et-Oise, trop fin même, car il y a beaucoup de marivaudage dans cet exposé de misères poignantes. Peut-être eût-il été prudent de résumer en quelques traits rapides et allant au cœur la triste et douloureuse situation de ces médecins octogénaires, qui attendent de la compatissante solidarité de leurs confrères le vote d'une pension de 300 ou de 500 francs. Quoiqu'il en soit, le rapport de M. Pénard a été pour ceux qui l'ont entendu et sera pour ceux qui le liront dans l'Annuaire un régal des plus délicats.

Le soir de la séance, un banquet, plus promptement servi, plus nombreux que celui de l'an dernier, réunissait plus de deux cents médecins à l'Hôtel Continental. Peu de médecins de Paris s'y rendent cependant. C'est sans doute la fatigue du banquet de l'internat qui les retient; mais un effort pour y assister serait un hommage rendu à de dévoués confrères venus de tous les coins du pays.

Il y a eu des toasts : l'un, de M. Roger, aux présidents et

délégués des sociétés locales; l'autre à M. Roger, par M. Pénard; un toast humouristique et ému de l'excellent Ricord, qui croit — et il prêche d'exemple, le brave cœur — qu'un peu de l'argent gagné par le médecin doit revenir à ses confrères malheureux; enfin une spirituelle et solide improvisation de M. Betolaud.

Lundi, séance bien remplie, dont le compte rendu sera donné plus tard, car il a soulevé, bien qu'on ait peu discuté, de graves questions.

On a nommé secrétaire général M. Foville, secrétaire général honoraire M. Amédée Latour, remplacé des membres du conseil.

Le soir, nous n'avions chez le président Roger ni « Lambert ni Molière », c'est-à-dire pas de monologue, pas de débit de scènes classiques par le duo Coquelin; mais nous avions l'amabilité exquise, la grâce bienveillante du maître et de la maîtresse de la maison, et l'on a oublié l'accessoire pour le principal.

Dr C. Delvaille

Le congrès des sociétés savantes a la Sorbonne.

Les délégués des Sociétés savantes ont tenu la semaine dernière leur assises annuelles dans les amphithéâtres de la Sorbonne.

C'était la deuxième fois que les Sociétés savantes de Paris avaient été conviées à participer à ces réunions, désormais transformées en Congrès.

Si les Sociétés médicales de Paris, les seules qui nous intéressent, ont été représentées en plus grand nombre que l'année passée, force nous est de constater cependant que trop peu de nos confrères ont répondu à l'appel du ministre.

Pour expliquer ce peu d'empressement des savants parisiens à venir assister aux séances de la Sorbonne, on peut invoquer la date récente de la modification apportée à la constitution du Congrès. Mais cette raison nous paraît insuffisante, et, en tout cas, n'expliquerait pas l'abstention de beaucoup de Sociétés médicales des départements.

Il y a, nous semble-t-il, d'autres causes à faire entrer en ligne de compte. N'est-ce pas le manque d'un programme tracé d'avance, l'absence d'ordres du jour, la promiscuité, si j'ose ainsi m'exprimer, de savants des catégories les plus diverses, des mathématiciens faisant leurs communications devant des géologues et des chimistes; des météorologistes devant des médecins et des botanistes; des agriculteurs devant des physiciens et des chirurgiens?

Quoiqu'il en soit, le besoin d'organiser le Congrès s'imposait de plus en plus. Ainsi que nous l'avions déjà réclamé ici, même depuis plusieurs années, nous avons vu pour la première fois une *sous-commission des sciences médicales* naître de toutes pièces, s'improviser pour ainsi dire dès la seconde séance générale. C'est entre médecins, et devant un auditoire spécial, que se sont faites, le même jour, dans l'amphithéâtre des sciences naturelles, presque toutes les communications afférentes à l'art de guérir.

Voilà le grain semé, il germera, et l'innovation portera ses fruits dès l'année prochaine, nous n'en dontons pas. Aussi faisons-nous un appel chaleureux à toutes les sociétés médicales, si nombreuses dans notre France. Qu'elles envoient au Congrès de 1883 des délégués en grand nombre.

- Un bureau tout médical, un amphithéâtre spécial et même au besoin un sectionnement en plusieurs divisions correspondant aux différentes branches des sciences médicales, tel est le nouvel ordre de choses qui est plus qu'entrevu et qui empêchera désormais nos confrères d'errer comme des âmes en peine dans la cour de la Sorbonne à la recherche d'un milieu favorable à l'éclosion d'une communication longuement convée.

Le Congrès s'est terminé le samedi 15. Dans un discours vraiment magistral et empreint du plus pur libéralisme, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a exposé la nature et le but des efforts qu'il a tentés pour donner aux travaux des sociétés savantes le plus d'ampleur et le plus d'importance possibles.

Et d'abord il a expliqué aux délégués pourquoi il s'efforce de transformer en Congrès la réunion des sociétés savantes. « Pourquoi un Congrès? Cela n'est pas seulement, messieurs, pour donner à vos réunions l'animation de débats contradictoires; c'est afin d'établir, parmi tant d'efforts patients, heureux, disséminés sur toute la surface du territoire, un peu d'ensemble, un peu de cette centralisation dans laquelle le pouvoir central n'entre pour rien, la centralisation des efforts et des travaux sur des questions déterminées par vous, et par les méthodes qui vous sont familières; la bonne, la vraie, la féconde centralisation. »

L'auditoire a accueilli ensuite de ses plus vifs applaudissements la déclaration suivante : « Croyez, messieurs, que le rôle de l'administration centrale, son ambition la plus chère est uniquement de se mettre au service des savants et de la science; que nous n'entendons donner aux sociétés savantes aucune direction officielle, que tout ce qui pourrait ressembler à une science officielle est absolument éloigné de notre esprit, comme il l'était de celui de nos illustres devanciers.

« Tel est le rôle du gouvernement vis-à-vis des corps savants, tel est son métier, son noble métier : c'est de leur donner les moyens d'information qui leur manquent, de leur procurer l'organisation qui leur fait défaut, c'est de briser les cloisons qui les séparent les uns des autres. »

Enfin, nous enregistrons encore avec plaisir la promesse que nous a faite M. Jules Ferry de demander aux Chambres un triple crédit : L'un destiné à augmenter les souscriptions scientifiques et littéraires; le second rélatif au développement des échanges internationaux de recueils scientifiques; et le troisième tendant à faciliter la publication d'un catalogue de tous les manuscrits enfouis dans les bibliothèques de France, « Là encore, a dit M. Ferry à propos de ce dernier *desideratum*, l'Etat est dans son rôle; car ce catalogue, lui seul peut le faire; lui seul peut mettre, à la portée du plus humble des chercheurs, l'inventaire de tous les manuscrits des bibliothèques de France. »

On le voit, les intentions du ministre de l'instruction publique sont excellentes; nous formons des vœux pour qu'elles passent rapidement dans la catégorie des faits accomplis.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

CLINIQUE MÉDICALE

Note pour servir a l'histoire des hémorragies et des œdèmes dans le cours des lésions des centres nerveux, par le docteur Raymonn, agrégé de la Faculté, et Monnier, interne des hôpitaux.

De nombreuses observations cliniques ont montré que des ecchymoses peuvent, chez l'homme, se rencontrer dans di-

vers points du corps, lors de l'existence des lésions cérébrales. Les faits publiés par MM. Charcot, Vulpian, Ollivier, Muron, Baréty, Nothnagel, Brown-Séquard, Jehn, etc., sont aujourd'hui bien connus. En parcourant les nombreux documents relatifs à cette question, on est frappé de voir que presque tous les organes ont, suivant les cas, été le siége de ces hémorrhagies. Nous venons d'observer, à l'hospice des Incurables, dans le service de M. le docteur Monod, un exemple, bien net, d'hémorragie exactement limitée à la moitié latérale du voile du palais, moitié latérale correspondant au côté hémiplégié. L'hémorragie a été récente; elle a daté des premières heures qui ont suivi l'attaque apoplectique. Elle a, en outre, présenté une autre particularité intéressante : pendant une dizaine de jours, elle a coïncidé avec un œdème très prononcé de ce côté du voile du palais, siége de l'ecchymose. L'œdème, comme l'hémorragie, ont donc été précoces et à siége unilatéral, comme dans les cas publiés par Th. Laycock (The Lancet, mai 1865). A ce double titre, l'observation suivante nous a paru intéressante à faire connaître :

Attaque apoplectique. Monoplégie brachiale et paralysie du facial du même côté. Vaste ecchymose et œdème, circonscrits a la moitié du voile du palais, du pharynx et des piliers correspondants. Évolution de ces accidents morbides.

Benardeau, quatre-vingt-cinq ans, est entré dans le service de M. Monod, à l'Infirmerie, salle Saint-Jean-Baptiste, n. 11, le 1er mars 1882. Ce malade ne présente aucun antécédent héréditaire. Ses antécédents pathologiques personnels se bornent à peu de chose : il n'a eu aucun accident vénérien. On note seulement chez lui, quelques bronchites aiguës entées sur une bronchite chronique. Il y a quatre ans, un ictus apoplectique le laissa cinq heures sans connaissance; il n'eut pas de paralysie consécutive.

Le 28 février, il sort dans Ivry, et, en rentrant le soir après de copieuses libations, il tombe à l'entrée de l'hospice. On le porte dans la salle. Le lendemain, à sept heures, l'interne de garde, appelé, constate une *hémiplégie faciale droite* avec douleurs vives au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur; la prononciation est inintelligible; bredouillement.

A neuf heures et demie du matin, nous trouvons Ben... dans l'état suivant : Il paraît beaucoup moins âgé qu'il ne l'est en réalité; c'est un homme maigre, sec. La peau est chaude, les battements du pouls précipités. Le malade répond en bredouillant aux questions qu'on lui adresse. Cas d'aphasie véritable. Le facial inférieur est paralysé à droite, mais cette paralysie est déjà moins accentuée que le matin à sept heures; difficulté pour trouver les mots, pour les prononcer; bredouillement encore très-accentué.

Le voile du palais présente les particularités suivantes : la luette est volumineuse, longue de deux à trois centimetres, *œdématiée*, et de couleur rouge foncée. Elle est un peu déviée à gauche, complétement flasque, d'où le stertor prononcé qu'on entend.

Les piliers droits sont, eux aussi, rouges et œdématiés ainsi que la portion correspondante du pharynx. Cet œdème soulève un peu l'amygdale, et comme il existe jusque dans le sillon glosso-amygdalien, il détermine une légère voussure à l'angle du maxillaire; voussure très douloureuse à la moindre pression exercée à l'angle susdit. Le doigt perçoit, en ce point, des battements énergiques, mais ils sont symétriques et dus à un peu de dilatation des carotides. Tous ces phénomènes sont faciles à constater, car le malade est d'une maigreur squelettique.

Il importe de revenir en quelques mots sur la teinte des piliers droits. Elle est rouge-foncé, mais cette rougeur est réellement ecchymotique sur le pilier antérieur et à la base de la luette. — L'œdème de la moitié latérale de la luette, des piliers correspondants, de la moitié du pharynx, donne à ces parties un aspect caractéristique. Çà et là, sur les piliers et le pharynx, on aperçoit des dépôts d'un mucus visqueux, très adhérent, sanguinolent; une compresse fine promenée sur toutes ces surfaces détermine une douleur excessive et revient souillée de mucus et de sang. La déglutition, même du lait, détermine une cuisson vive au point que le malade ne peut avaler, mais il n'y a pas de régurgitation par les fosses nasales.

Du côté de l'appareil respiratoire, on entend quelques râles sous-crépitants assez volumineux, râles que masquent de gros rhonchus trachéaux. Il y a prédominance de ces phénomènes à droite; il faut ajouter que la prédominance est peu sensible. Le malade expectore à grand'peine des crachats dont les uns sont hémoptoïques, les autres verdâtres. L'auscultation du cœur fait entendre à la base un bruit râpeux, systolique; à la pointe, les rhonchus sonores empêchent toute perception précise. Les artères sont moyennement athéromateuses.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

Il existe une parésie prononcée du bras droit; le membre inférieur correspondant semble se mouvoir aussi bien que son congénère. — On constate très difficilement l'état de la sensibilité.

Traitement — Lavement purgatif; gargarismes émollients.

2 mars. — Hier au soir, un peu de fièvre; température : 39°.

Ce matin, amélioration; température : 38°,3.

La prononciation est plus facile : la paralysie faciale n'a pas varié. Même état, du reste, partout ailleurs, excepté au voile du palais, où la teinte ecchymotique du pilier droit antérieur tranche mieux sur la teinte normale du côté opposé, et au cœur où l'on perçoit un souffle systolique assez rude à la pointe.

3 mars. — La paralysie faciale s'atténue progressivement.

L'ecchymose du voile du palais apparaît de plus en plus nettement.

6 mars. — Depuis le 3 mars, il s'est produit une amélioration progressive, mais qui est surtout frappante aujourd'hui.

La paralysie faciale a presque disparu; le malade bredouille à peine. La luette est moins œdématiée, moins longue, moins flasque, d'où la cessation du stertor; déviation légère de l'organe à droite. L'ecchymose est toujours fort accentuée, mais plus circonscrite; elle siége exactement sur le bord libre du pilier droit antérieur et la base de la luette. Commençant à 1 centimètre de la base du pilier, elle se termine à la base de la luette; sa largeur est de 7 millimètres environ. La déglutition est moins douloureuse. La parésie du membre supérieur droit a disparu. La teinte subictérique persiste ainsi que le mouvement fébrile du soir.

7 mars. — La luette est beaucoup moins volumineuse; elle est encore un peu rouge; l'ecchymose se dessine en relief; léger œdème des deux piliers.

La sécrétion pharyngée est moins abondante; les crachats deviennent spumeux; quelques-uns sont purulents. En recherchant l'état des vaso-moteurs, on trouve que la raie rouge n'apparaît à droite qu'au bout de 20 à 25 secondes et persiste encore au bout de 35 minutes. La sensibilité est partout intacte.

8 mars. — Tous les soirs, léger état fébrile. La paralysie faciale et la monoplégie brachiale ont définitivement disparu; il en est de même de l'œdème des piliers droits; en outre, la petite tumeur de l'angle maxillaire a disparu; elle était donc bien causée par l'œdème des piliers. L'ecchymose est plus nette que jamais; elle a atteint le raphé de la luette.

9 mars. — L'ecchymose semble s'étaler en suivant les lois de la pesanteur. Elle a filtré en bas sur la luette; en un point elle dépasse le raphé de 1 à 2 millimètres. Les vaso-moteurs cutanés, excités en des points symétriques, réagissent plus rapidement à gauche qu'à droite.

10 mars. — La teinte rouge vif du pharynx a pâli, les mucosités gluantes ne voilent plus sa surface. L'ecchymose est descendue de 2 millimètres à droite du raphé. La déglutition est beaucoup plus facile.

11 mars. — Le malade s'est levé une grande partie de la jour-

née, mais il est très faible et conserve une légère teinte subictérique. La fièvre vespérale a définitivement cédé. L'ecchymose diminue de bas en haut.

12 mars. — La diminution en surface de l'ecchymose s'accentue rapidement, quoiqu'elle conserve sa teinte du début. Actuellement, elle est bornée à la position horizontale droite du voile et à la base de la luette du côté correspondant, avec une petite avancée sur la portion libre. L'expectoration abondante du début a fait place à l'expulsion de quelques crachats muco-purulents. Le malade est toujours assez faible.

Quelques détails de cette observation doivent être discutés. On peut se demander, étant donné les circonstances dans lesquelles la chute s'est produite, s'il s'est bien agi d'une véritable attaque d'apoplexie, ou bien si nous nous sommes trouvés en présence, purement et simplement, d'un ivrogne qui est tombé, parce qu'il avait trop bu? Evidemment la chose est possible; mais, après tout, en serait-il ainsi, que cette manière d'envisager le cas actuel ne devrait, à notre avis, ne modifier en rien les conséquences à tirer de l'observation. B..., en effet, a eu immédiatement une paralysie faciale inférieure, et une monoplégie brachiale du même côté, nettement accusée et persistante. Qu'importe, après tout, que ces symptômes aient été consécutifs à la congestion cérébrale due à l'ivresse, ou bien qu'ils aient été la conséquence d'une lésion en foyers, hémorragie ou ramollissement, produits par une autre cause! Le fait certain, indéniable, c'est la conséquence de la lésion cérébrale : paralysie du facial et monoplégie brachiale. Or, presque en même temps, quelques heures après, est survenu l'œdème de la moitié latérale du voile du palais, des piliers, du pharynx. Dira-t-on que ces phénomènes ont été produits par la chute? Pourquoi alors leur limitation exacte à la moitié droite des organes indiqués? Pourquoi aussi le malade étant très maigre, n'y a-t-il pas eu d'ecchymose sur la face, à l'angle de la mâchoire, dans la région directement contuse? Nous croyons bien plutôt que l'œdème, l'ecchymose, l'hémorragie, avec venue de quelques globules sanguins à la surface de la muqueuse, peuvent être plus facilement expliqués en admettant l'existence d'une lésion des centres nerveux de l'ordre de celles signalées par les auteurs dont nous avons, au commencement de cette étude, rappelé les travaux sur ce sujet. Les troubles fonctionnels de l'appareil vaso-moteur paraissent devoir être mis en cause, et notre fait appartient à cette catégorie de cas dans lesquels on voit des congestions pouvant aller jusqu'à l'œdème, jusqu'à l'hémorragie, être déterminés par l'intermédiaire de l'appareil vaso-moteur; dans l'espèce, cet appareil était troublé dans son fonctionnement par la lésion cérébrale. Chez notre malade, le trouble vaso-moteur du côté correspondant du corps était bien évident, et il a été recherché plusieurs fois; d'ailleurs, il y avait également prédominance de la congestion pulmonaire à droite.

Ce fait nous a paru intéressant : 1o à cause du siège et de l'étendue de l'ecchymose; 2o à cause de la coexistence de l'œdème précoce, semblable sans doute à celui qui parfois, chez les hémiplégiques, se voit du côté des membres; nous parlons, bien entendu, des œdèmes récents. Nous renvoyons, pour l'explication pathogénique, à la belle étude qui en a été faite par M. Vulpian (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 521).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Maladies du système nerveux.

Kyste crânien; compression cérébrale chronique; opération; amélioration des fonctions intellectuelles, par le docteur Aubert (de Lyon).

Une femme de quarante-deux ans portait à la région frontale droite une tumeur hémisphérique, dont le début paraissait remonter au temps de la première jeunesse. Cette tumeur siégeait exactement à la limite de la région chevelue; son diamètre était de cinq centimètres; elle n'était ni douloureuse, ni pulsatile, ni réductible; à son centre, elle se laissait déprimer facilement, et on sentait qu'elle était cernée profondément par un cercle osseux. Comme symptôme fonctionnel, la malade n'accusait qu'un peu de lourdeur et de douleur de tête habituelles. Une incision pratiquée avec le thermo-cautère donna issue à un liquide jaune brun, riche en cholestérine; on vit alors que la table interne du frontal était fortement refoulée vers l'intérieur du crâne. Les suites de l'opération furent heureuses et on put constater journellement que la table interne, ramenée peu à peu par le cerveau, reprenait sa place. Quand la malade, guérie, rentra dans sa famille, l'entourage fut frappé du changement intellectuel qui s'était fait en elle : la négligence, le manque d'ordre qui avaient fait le désespoir de son mari, avaient disparu; la mémoire était plus fidèle; cette femme au moral « n'était plus la même. » (Lyon médical, n° 32 du 7 août 1881).

Hystérie consécutive a la morsure d'un chien; névrite du cubital; contracture permanente de l'annulaire, par le docteur H. Mollière (de Lyon).

Dans presque toutes les observations d'hystérie, on trouve à l'origine une forte émotion morale qui a joué le rôle de cause occasionnelle. Chez la malade observée par M. Mollière, il semble que l'accident ait joué un rôle plus important, et ait, pour ainsi dire, créé la maladie. La malade, âgée de quinze ans, n'avait jamais présenté le moindre phénomène névropathique; on ne trouvait dans sa famille aucune affection nerveuse; la santé générale était excellente, et la menstruation établie depuis deux ans, fort régulière. Un jour elle est mordue profondément au poignet droit par un chien irrité, mais nullement malade d'ailleurs; elle eut grand peur naturellement, et quelques jours après, se déclarèrent dans le bras mordu des tremblements choréiformes, incessants. Bientôt surviennent des troubles de la sensibilité, des plaques d'anesthésie irrégulièrement distribuées sur tout le corps et fort variables dans leur siège et dans leur intensité; en même temps, le caractère s'altère, des spasmes se montrent, et enfin surviennent les attaques classiques d'hystérie. Les divers traitements employés échouent, la malade est devenue très nettement une hystérique. Parallèlement à ces accidents nerveux, on voyait se développer une contracture limitée au doigt annulaire du côté mordu, contracture qui avait commencé le jour même de l'accident, et qui malgré les moyens contentifs, en était venue jusqu'à faire pénétrer l'ongle dans la paume de la main. La date précoce du développement de cette contracture éloigne l'idée d'une contracture hystérique; il est plus rationnel d'admettre une lésion directe d'un filet du cubital par la dent du chien, avec névrite et contracture consécutives.

Ce fait, intéressant au point de vue de la pathogénie de la névrose, présente aussi au point de vue médico-légal un certain intérêt : quel degré de responsabilité incombe en pareil cas au propriétaire du chien ? la morsure est-elle bien réellement la seule cause d'une affection aussi grave moralement que l'hystérie ? Question délicate pour l'exacte appréciation de laquelle l'expert ne saurait s'entourer de trop de renseignements. (Lyon médical, n° 31, juillet 1881).

Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées a l'intérieur, par le docteur Garel (de Lyon).

Partant de cette idée que, dans la métallothérapie interne, les résultats ne sont pas dus à l'absorption d'une préparation métallique soluble, mais à l'action directe du métal sur la mnqueuse de l'estomac; assimilant, en un mot, au point de vue des actions de contact, la mnqueuse digestive à la surface cutanée, M. Garel a été conduit à administrer en nature, dans des cachets Limousin, les feuilles d'or, d'argent, de cuivre, etc. Sans essayer une explication théorique encore prématurée des faits qu'il a observés, il nons donne le résultat de plusieurs mois d'expérimentation : le succès a couronné ses tentatives. Dans une dizaine de cas, dont il donne les observations, la guérison d'accidents hystériques graves (anesthésies, contractures, coxalgie hystérique, etc.) a pu être obtenue assez vite par ce mode particulier de métallothérapie interne.

L'auteur trace les règles qui doivent procéder à cette médication : rechercher avec un soin minutieux à quel métal la malade est sensible ; tenir gra d compte, dans les cas de *bimétallisme*, du métal le plus actif, car il est le seul qui puisse produire la guérison ; se méfier des aptitudes dissimulées. Une fois en possession de ces données préliminaires, le traitement doit être institué ; mais il ne faut pas oublier que l'aptitude métallique peut changer dans le cours du traitement, et impose par suite le même changement dans l'emploi du métal. En outre, on ne doit jamais administrer en même temps que le métal actif des préparations d'un autre métal : les deux métaux détruisent mutuellement leurs effets.

Inutile d'ajouter que l'expérimentateur a pris toutes ses précautions contre les supercheries si familières aux hystériques et contre les effets de l'*expectant attention*. (Lyon médical, nos 36, 37 ot 88, septembre 1881.)

Note sur un spasme fonctionnel du long péronier latéral et des jumeaux, par le docteur Bouveret (de Lyon).

Le fait a été observé chez une femme de quarante-quatre ans, exerçant depuis dix-huit ans la profession de tisseuse ; sa santé antérieure avait toujours été satisfaisante, elle n'était pas hystérique. Trois mois avant, à la suite d'une émotion vive, elle fut prise d'un tremblement qui disparut en qnelques semaines sans laisser de trace. A l'époque où elle a été observée, elle ne présentait pas le moindre trouble de la santé en dehors du spasme fonctionnel qui l'amenait à l'hôpital. Le pied droit, siège de l'affection, ne présente au repos, non plus que la jambe, aucune déformation, aucune douleur, aucune lésion appréciable. Dès que la malade marche, elle éprouve bientôt une fatigue, un engourdissement douloureux de la jambe et du pied, puis brusquement la déviation se produit. Le pied prend la position du valgus, puis, la contracture gagnant le triceps sural, le talon se relève, et l'on a le type parfait du valgus équin ; on sent très bien sous la peau la contracture des jumeaux et des péroniers. N'était-ce là qu'un simple valgus-pied-creux par contracture du long péronier ? L'intermittence de la contracture, qui disparaissait rapidement par le repos, ne permettait pas de s'arrêter à cette idée.

En interrogeant la malade, on apprit que la contracture s'était d'abord montrée pendant son travail; dans son métier à tisser, il y a une pièce de bois longue et étroite, mue par le pied droit. Dans son mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement, le pied repose d'abord sur le bord très étroit de cette pédale par toute la face plantaire, puis il se relève peu à peu d'arrière en avant, puis il appuie par son extrémité antérieure et presse avec force pour abaisser ce levier. Au début, la malade a essayé de lutter par divers artifices contre la contracture qui ne tardait pas à se produire et rejetait le pied hors de l'étroite pédale ; ces efforts furent vains, le mal fit des progrès ; la contracture, qui ne se produisait au début que dans ce travail spécial, se montra aussi dans la marche ; il fallut s'arrêter.

On ne peut s'empêcher de reconnaître une incontestable analogie entre ce trouble fonctionnel des muscles de la jambe et celui des muscles de l'avant-bras ou de la main dans la crampe des écrivains. Si les faits de ce genre venaient à se multiplier, la *crampe des tisseurs* devrait prendre place à côté de la crampe des écrivains et de la crampe des télégraphistes. (Lyon médical, 6 novembre 1881.)

P. B.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mars 1882. — Présidence de M. Jamin.

Hygiène publique. — Sur les trichines dans les salaisons. Mémoire de M. G. Colin, présenté par M. Gosselin.

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Les salaisons américaines, dans les conditions et les délais où elles nous arrivent, ne paraissent pas aptes à transmettre la trichinose, à supposer qu'elles soient consommées crues ou après une cuisson imparfaite. Néanmoins, il est possible que, parfois, dans les plus récentes, dans celles d'un grand volume ou mal imprégnées de sel, il reste quelques helminthes vivants. Aussi, en prévision d'un danger, certainement rare et peu grave, serait-il sage de surveiller encore ces salaisons, si les mesures de prohibition qui les frappent étaient rapportées.

Physiologie expérimentale. — De l'analogie des effets des lésions centrales et des lésions corticales du cerveau. — Note de M. Couty, présentée par M. Vulpian.

Avant de poursuivre mes expériences sur le mécanisme des troubles moteurs d'origine cérébrale, j'ai cru indispensable de rechercher si les paralysies produites par les lésions des parties profondes du cerveau étaient comparables aux paralysies d'origine corticale étudiées dans des communications précédentes (1). J'ai fait quarante-six expériences sur des singes et sur des chiens, en enfonçant dans leur cerveau, par une perforation du crâne, un petit couteau à pointe élargie que l'on faisait basculer ; on produisait ainsi des sections et des dilacérations bien délimitées dont tous les effets pouvaient être observés, grâce à l'absence d'anesthésie.

Parmi ces effets, les troubles paralytiques ont toujours été les

(1) *Comptes rendus*, mars 1879; mai-juin 1881.

plus faciles à étudier; ils sont survenus immédiatement, sans ictus ou sans coma intermédiaires, et par leur marche et leur forme, comme par leur gravité, ces paralysies centrales ont paru entièrement semblables à celles qu'auraient produites des lésions corticales d'égale étendue. Ainsi des chiens au repos laissaient leurs membres du côté opposé à la lésion dans des positions anormales; s'ils marchaient ou couraient, ils appuyaient leurs pieds sur la face dorsale des orteils, boitaient du membre antérieur, traînaient le membre postérieur; ou encore ils tournaient du côté de la lésion ou ils se heurtaient et tombaient du côté opposé, et ils employaient de préférence les membres du côté de la lésion à se défendre, à se relever et à faire d'autres efforts compliqués.

Les singes présentaient souvent une paralysie relativement complète des deux membres opposés et surtout de l'antérieur; mais cette hémiplégie s'observe aussi après des lésions corticales, et, dans la majorité des cas, sur le singe comme sur le chien, la lésion centrale produisait seulement des modifications de la position des membres au repos, avec paralysie incomplète, gêne ou retard des mouvements unilatéraux de préhension ou de défense et conservation relative des mouvements associés de course, de marche et de phonation.

Avec des lésions uniquement centrales, nous obtenions donc les formes du paralysie que l'on avait regardées comme caractéristiques des lésions corticales; mais l'analogie ne s'arrêtait pas là; quand l'animal faisait un effort nettement adapté à un but, comme les chiens dont on a détruit le gyrus sigmoïde, il arrivait à produire des contractions qui avaient paru d'abord impossibles, et, s'il restait au repos, on constatait une paralysie marquée des mouvements de station. On encore un singe ou un chien continuait à marcher, à courir, à sauter et à se défendre sans troubles apparents, et il était déjà incapable de retirer la patte opposée à la lésion si on touchait ou si on pinçait légèrement ses orteils. La paralysie épargnait donc relativement les mouvements associés ou les mouvements volontaires, et la première modification portait sur les réflexes et sur la sensibilité propre de la moelle.

Mais la plupart des animaux qui n'avaient plus d'excito-motricité conservaient intactes leurs perceptions cérébrales. Comme pour les lésions corticales, la vision, les sensibilités tactiles et douloureuses ne furent troublées que dans un petit nombre de cas, et, dans ces cas, l'hémianesthésie, au lieu d'être isolée, coïncida avec des phénomènes marqués de paralysie motrice.

Ce syndrome de troubles moteurs et sensitifs n'affectait aucun rapport avec les altérations anatomo-pathologiques; ou plutôt le siège et l'étendue de la lésion influaient sur le degré des phénomènes et non sur leur nature et leur forme. Ainsi les paralysies peu marquées après les dilacérations occipito-sphénoïdales étaient considérables si le couteau détruisait la région fronto-pariétale; de même les sections intra-capsulaires produisaient plus de troubles que les sections extra-capsulaires; mais il suffisait de faire dans les régions postérieures du cerveau une dilacération assez étendue pour obtenir tous les symptômes de la section fronto-pariétale ou de la destruction du corps strié ou du noyau lenticulaire. Les localisations fonctionnelles que l'on a voulu établir ont eu probablement pour point de départ diverses difficultés d'observation.

Ainsi, après une section de la région occipito-sphénoïdale, un singe ou un chien peut conserver intacts tous ses mouvements spontanés, parce que cette lésion est relativement silencieuse; mais il ne réagit par aucune contraction si l'on excite légèrement les pattes du côté opposé, et l'on peut croire à une perte isolée de la sensibilité, alors qu'il n'y a qu'une modification des réflexes.

On peut faire la même confusion dans des conditions presque inverses; les animaux auxquels on a fait des lésions trop considérables, et surtout ceux dont on a prolongé l'anesthésie, restent assez longtemps incapables de marcher et de se mouvoir régulièrement, et le seul trouble que l'on constate alors facilement est une diminution ou une suppression des réflexes du côté opposé à la lésion.

Un examen anatomique trop rapide peut entraîner aussi des inexactitudes; ainsi il n'est pas rare de voir les tubercules quadrijumeaux congestionnés et infiltrés à la suite des lésions de la couche optique ou de la partie postérieure de la capsule : d'où une amblyopie qui a pu faire croire à une localisation des conducteurs visuels.

Mais une observation mieux faite montre que les troubles de la vision, comme ceux de la sensibilité tactile, peuvent se produire après les lésions centrales les plus dissemblables et que, comme la paralysie motrice qui les accompagne, les anesthésies sont plus fréquentes après les lésions antérieures. Il y a donc là encore identité complète entre les divers ordres d'altération du cerveau : le siège de la destruction corticale ou centrale, antérieure ou postérieure, n'a aucune influence sur la nature et la localisation des symptômes. Chaque ablation, chaque section, chaque dilacération cérébrale peut déterminer des modifications des diverses fonctions nerveuses périphériques, et le cerveau du singe ou du chien doit donc être considéré comme un appareil dont les diverses parties ont les mêmes rapports avec les nerfs moteurs ou sensitifs; seulement ces rapports sont plus ou moins intimes, et leur mécanisme, comme le mécanisme de l'action propre du cerveau, reste à déterminer.

Séance du 3 avril 1882. — Présidence de M. Jamin.

Chimie physiologique. — Sur l'existence de produits analogues aux ptomaïnes dans les digestions gastriques et pancréatiques de plusieurs matières albuminoïdes. Note de M. J. Béchamp.

Il résulte de ces recherches, dit l'auteur en terminant, que certaines matières albuminoïdes jouissent de certaines propriétés des ptomaïnes; que, dans les digestions pancréatiques et gastriques normales, il se forme des substances qui possèdent les caractères des ptomaïnes, et qui se rapprochent beaucoup, par leurs réactions chimiques, de certains alcaloïdes très vénéneux.

Physiologie animale. — Digestion des matières grasses et cellulosiques. Note de M. Duclaux, présentée par M. Pasteur.

A l'inverse de ce qui a lieu pour les matières grasses, dit l'auteur, les matières cellulosiques, si elles sont alimentaires, ont certainement besoin de subir une dissolution préalable dans le tube digestif, sans qu'on sache bien où cette dissolution s'opère. Je me suis assuré que les diastases de l'estomac, et même celles du pancréas, qu'à raison de leur action sur l'amidon on pourrait supposer plus puissantes que les autres, étaient incapables de transformer la cellulose. Je ne parle pas des diastases des sucs intestinaux. Toutes les propriétés qu'on leur a attribuées n'ayant jamais été observées qu'avec le concours des microbes ferments, il n'y a jusqu'ici aucune raison de croire à leur existence.

On a donc le droit de se demander s'il y a réellement des celluloses alimentaires. Une expérience à ce sujet est difficile avec les herbivores et surtout les ruminants. Elle se fait mieux avec les oiseaux granivores, et je me suis assuré, en nourrissant des pigeons avec du sarrasin, du malt et de l'orge perlé, qu'on ne retrouvait pas dans les excréments la totalité de la cellulose ingérée. Il y a une perte qui, pour l'orge perlé, a atteint le cinquième de la cellulose totale, et qu'on ne peut attribuer qu'à une dissolution, à une digestion véritable.

Mais alors quel en est l'agent? En étudiant de près les grains entiers qu'on rencontre dans le jabot des oiseaux, ou dans la panse des ruminants, on en trouve toujours dont le contenu est tellement liquéfié qu'il en jaillit, sous une douce pression, comme une goutte laiteuse. Dans celle-ci on trouve, au microscope, des masses amylacées intactes, ayant conservé la forme des cellules qu'elles remplissaient, mais débarrassées de toute enveloppe, et nageant dans un liquide qui présente par milliers des petits bâtonnets tout à fait analogues aux amylobacters, connus, depuis M. Van Tieghem, pour être les ferments de la cellulose. Ces petits bâtonnets, de

formes multiples, ensemencés dans des liquides neufs, peuvent servir à y faire des digestions de cellulose. Nul doute qu'ils ne soient les agents actifs du phénomène observé. Ils transforment la cellulose en dextrine et en glucose qu'on trouve dans les liquides de la panse, dont la muqueuse, puissamment absorbante, ne sécrète pourtant, comme je m'en suis assuré, aucune diastase capable d'agir sur l'amidon.

On comprend, sans que j'aie besoin d'y insister, le concours que ces agents de la liquéfaction de l'intérieur du grain prêtent à la rumination chez les herbivores, à l'action du gésier chez les oiseaux. Il est, d'ailleurs, certain qu'une fois présents ils continuent leur action, non dans l'estomac, dont l'acidité les gêne, mais sur toute la longueur de l'intestin. Les conclusions auxquelles je suis arrivé dans ma dernière communication, au sujet des ferments des matières azotées, sont applicables aux ferments des celluloses, que l'on doit considérer, jusqu'ici du moins et sauf une réserve sur laquelle j'insisterai prochainement, comme les uniques agents d'un véritable phénomène de digestion physiologique.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — SUR LA RÉSISTANCE DES ANES D'AFRIQUE A LA FIÈVRE CHARBONNEUSE. Note de M. J. TAYON, présentée par M. Pasteur.

Sur ces trois bêtes d'Afrique inoculées du charbon, il s'est formé une tumeur molle, sensible, volumineuse, autour de la piqûre faite par la seringue de Pravaz. La tumeur a persisté pendant une huitaine de jours, sans paraître affecter l'état général des individus.

Ces expériences, faites seulement sur deux ânesses et un âne d'Afrique, sembleraient prouver que ces animaux n'offrent pas un milieu favorable au développement du microbe du charbon. Il faudrait pouvoir multiplier et varier ces résultats pour en tirer une conclusion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1882. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance comprend : 1° une note de M. le docteur Lamarre (de Saint-Germain-en-Laye) sur les résultats remarquables qu'il a obtenus dans le traitement des accidents locaux de la diphthérite au moyen de l'huile de pétrole (prix Saint-Paul); 2° une note de M. Dubois relative à un appareil calorigène dont il est l'inventeur.

M. LE PRÉSIDENT annonce la présence de MM. Ollier, Herman, Seux et Chauveau, correspondants de l'Académie.

M. COLIN, qui, à l'occasion de la communication faite dans la précédente séance par M. le docteur Nielly, a rappelé avoir signalé dans le temps deux affections des animaux dans lesquelles on trouve de très grandes quantités d'helminthes à l'état embryonnaire, dépose sur le bureau un mémoire qu'il a lu à l'Académie en 1864 sur le développement et les migrations des sclérostomes des solipèdes.

— M. QUEIREL (de Marseille) donne lecture d'une observation de kyste hydatique suppuré du foie guéri par la méthode des larges incisions, défendue il y a quelques mois devant l'Académie par M. J. Rochard.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le chloroforme.

M. PANAS : La prophylaxie et le traitement des accidents chloroformiques supposent la connaissance exacte des effets physiologiques de cet agent.

Il s'agit d'examiner s'il y a parité entre les résultats des expériences faites sur les animaux et les faits observés chez l'homme, et de quelle façon l'agent anesthésique exerce son action pour déterminer des accidents graves et parfois mortels.

Agit-il comme poison ? ou bien a-t-on affaire à une action asphyxiante ? ou ne s'agit-il pas là d'une question de réflexes mis en jeu et dont l'action serait d'arrêter la respiration ou le cœur?

Pour répondre à ces questions, M. Panas étudie successivement ce qui se passe dans les trois phases de la chloroformisation, le début, le milieu et la fin, comprenant l'acte opératoire. Il résume cette étude dans les propositions suivantes :

1° Chez l'homme comme chez les animaux, la cause, de beaucoup la plus fréquente, de la mort par le chloroforme, réside dans la syncope respiratoire ;

2° Cette syncope, tout à fait passagère au début, devient mortelle lorsqu'il s'y ajoute la syncope cardiaque, qui, heureusement, est rare et presque toujours consécutive ;

3° La prophylaxie des accidents mortels chloroformiques réside tout entière dans la surveillance constante et minutieuse de la respiration, et cela pendant toute la durée de la chloroformisation. L'exploration du pouls n'a qu'une importance secondaire.

Les règles à suivre varient d'un sujet à l'autre et ne sauraient être enfermées dans une formule unique. De là la nécessité de ne confier l'emploi des anesthésiques qu'à des mains expérimentées et qui ne prennent part à l'acte opératoire lui-même ;

4° Le chloroforme produit des accidents surtout par une action excitative sur les nerfs respirateurs sensitifs. Ces accidents ne deviennent définitivement mortels que par suite de l'influence que cet agent exerce sur les centres bulbaires.

Le fait que la mort est surtout à craindre au début, alors qu'on n'a employé souvent que de très petites doses de chloroforme, confirme cette double action réflexe de l'agent anesthésique sur le poumon d'abord et sur le cœur ensuite;

5° Chez les individus profondément anémiés, il faut préférer l'éther au chloroforme ;

6° Une fois l'anesthésie complète obtenue, il suffit de l'entretenir, pour que, chez l'homme, on n'ait presque plus rien à craindre. A ce point de vue aussi bien qu'au sujet de la grande tolérance des enfants pour le chloroforme, il y a heureusement une différence absolue entre l'homme et les animaux.

7° Le chloroforme, tel qu'il est employé en chirurgie, n'agit chez l'homme, ni comme poison, ni comme corps asphyxiant. La mort prompte a toujours été la conséquence des troubles réflexes provoqués par cet agent.

8° Les actes réflexes en question devant varier nécessairement d'un individu à l'autre, on conçoit qu'aucune méthode fixe d'administration du chloroforme ne saurait ê re admise comme règle invariable et sûre.

M. ROCHARD, contrairement à ce qui a été dit dans la discussion, ne voit aucun inconvénient à administrer le chloroforme aux malades anémiés. On a parlé d'abandonner le chloroforme pour l'éther; il n'est nullement de cet avis et préfère infiniment le chloroforme, comme étant d'une action beaucoup plus rapide, plus prompte et plus sûre. Enfin, durant toute cette discussion, il n'a été question que de mort par le chloroforme, mort par asphyxie, mort par syncope, mort par intoxication, mort à la première période de l'anesthésie, mort à la seconde, etc., partout et toujours la mort, si bien qu'un malade sous le nez duquel on présente une compresse contenant quelques gouttes de chloroforme semble véritablement exposé aux plus grands dangers. Sans doute, il y a là un danger très réel qu'il ne faut pas se dissimuler, mais il ne faut pas non plus l'exagérer, et les dangers auxquels expose le chloroforme peuvent être comparés, comme l'a fait Chassaignac, à ceux que l'on court en montant en chemin de fer, chose que personne aujourd'hui n'hésite à faire, même sur les lignes les plus désastreuses.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a vu, il y a quelques jours, dans son service, entre ses mains, un homme mourir du chloroforme. Il s'agissait d'un homme vigoureux de trente et un ans, qui était atteint depuis six mois d'une névralgie sciatique absolument rebelle à tout traitement. Depuis quelque temps, dit-il, j'ai recours, dans ces cas, à l'extension forcée sous-cutanée du nerf sciatique, c'est-à-dire que, sous l'influence du chloroforme, après avoir obtenu la résolution complète, je fléchis la jambe et la cuisse sur le tronc,

de façon que le pied du malade soit porté jusque dans le voisinage de la tête. J'ai peur du chloroforme, et je ne l'emploie jamais sans m'entourer de toutes les précautions imaginables. J'avais donc, dans ce cas, comme d'habitude, fait préparer une pile, une pince pour la langue, etc. Je me sers de la simple compresse, et j'ai recours à la méthode des intermittences. Ce malade, qui, sauf sa sciatique, présentait tous les attributs de la santé la plus parfaite, n'avait pas respiré 10 grammes de chloroforme qu'il porta violemment sa main à la tête, devint violacé, cessa de respirer et mourut. La position de la tête en bas, la respiration artificielle, l'électrisation, la trachéotomie, tout fut tenté pour le ramener à la vie, mais en vain.

Dans ce fait douloureux, que faut-il incriminer ? Le chloroforme était celui de l'hôpital et ne présentait rien de particulier ; le procédé employé fut celui de la simple compresse ; ce malade n'avait rien au cœur, il n'était pas alcoolique et jouissait d'une parfaite santé. Cependant, dès les premières inspirations, il eut une respiration saccadée. C'est évidemment à une syncope respiratoire qu'il a succombé.

Depuis le début de cette discussion, c'est le troisième cas de mort qui est publié : celui de M. Trélat, celui de M. Martel (de Saint-Malo) et celui-ci.

M. Gosselin : Plus ces accidents se multiplient, plus il est nécessaire de poser des règles précises sur la pratique de l'anesthésie. M. Panas, dans sa communication, a émis deux propositions trop vagues et trop incomplètes, selon moi ; il a parlé de prudence et d'attention ; il a dit qu'il fallait surveiller son malade et être très attentif. Qu'est-ce que cela veut dire ? Pour moi, cela veut dire qu'il faut s'attacher à proportionner la dose de chloroforme à la susceptibilité du sujet, et c'est pourquoi j'ai proposé la méthode des intermittences.

M. Panas : Voici ce que j'entends par les précautions que j'ai recommandées : introduire constamment dans les voies aériennes un mélange d'air et de chloroforme, s'assurer constamment que les voies aériennes sont et restent accessibles à l'absorption de ce mélange d'air et de chloroforme. En un mot, ce qui m'effraie, c'est l'apnée. Pour être bien sûr que la respiration se fait régulièrement, il ne suffit pas de surveiller l'épigastre, il faut consulter tout le temps le malade.

—M. Ollier (de Lyon) a pratiqué un grand nombre de résections du coude et n'a jamais perdu un malade à la suite de cette opération ; il la pratique dans des cas d'origine inflammatoire, spontanée, dans des cas de tumeurs blanches. La guérison par ankylose ne lui paraît pas l'idéal, dans ces cas, et il préfère de beaucoup les résultats fonctionnels de l'opération à l'ankylose habituellement recherchée.

En 1873, il a pratiqué une résection totale du coude chez un homme de vingt-sept ans. Le malade est mort l'année dernière d'albuminurie, et M. Ollier peut montrer les pièces qui permettent de constater que l'articulation s'était complètement reconstituée. Ces articulations se reconstituent de deux manières, par néoformation latérale ou par néoformation à la fois latérale et longitudinale. Cette dernière s'obtient facilement chez l'enfant ; la première a lieu chez l'adulte, mais elle est suffisante pour l'accomplissement des fonctions. Sur la pièce présentée par M. Ollier, il y a eu à la fois néoformation latérale et néoformation longitudinale. Il appelle l'attention de la solidité de cette articulation ; cet homme portait 11 kilog. à bras tendu, etc. Pourquoi rechercher l'ankylose quand la résection donne de pareils résultats ? La plupart des malades opérés par M. Ollier étaient tuberculeux. Parmi les tuberculeux, il en est qu'il faut opérer, il en est qu'on peut opérer, il en est enfin qu'il faut laisser tranquilles. Les premiers sont ceux qui ont des lésions suppuratives du coude survenues sans causes appréciables, sans lésion interne. Les seconds sont ceux qui sont arrivés à la seconde période de la tuberculose ; parmi eux il en est qui souffrent beaucoup et auxquels la résection du coude procure un réel soulagement. Dans ce but, on peut leur accorder l'opération. Enfin les troisièmes sont ceux qui sont arrivés à une période de phtisie assez avancée pour qu'il n'y ait plus lieu d'intervenir.

M. Tillaux : Le résultat obtenu par M. Ollier dans le cas qu'il vient de présenter est évidemment très beau et est la confirmation de ce qu'il a depuis longtemps avancé sur les résections. Je ferai cependant une objection relativement aux indications qu'il a posées. Quand on obtient l'ankylose dans une bonne position, on ne doit pas opérer, selon moi. Ma pratique diffère donc de celle de M. Ollier, à ce point de vue.

M. Ollier : C'est là une indication relative. La résection ne s'impose pas dans ces cas comme dans ceux d'ankylose dans une position vicieuse. Mais, chez les jeunes gens qui ont besoin d'avoir des mouvements étendus du coude, je crois qu'on peut, s'ils le demandent, leur accorder les bénéfices de la résection, qui est une opération nullement dangereuse. Dans ces conditions, cependant, je ne la pratiquerai jamais passé vingt-cinq ans.

— Dans la précédente séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire).

Sur 47 votants, M. Thiernesse (de Bruxelles), présenté en première ligne, a été élu par 46 voix. Les autres candidats étaient M. Roll (de Vienne), en deuxième ligne, et M. Fleming (de Londres), en troisième ligne.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 avril. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Alimentation forcée. — M. Dujardin-Beaumetz entretient la Société des résultats remarquables obtenus par M. Debove, dans sa pratique hospitalière, sur plusieurs phtisiques, soumis par lui à l'alimentation forcée, résultat qui ne concordent pas tout à fait avec les siens propres, ce qui tient très probablement à ce que tout d'abord il employait la viande crue et les œufs.

M. Debove, au contraire, transforme les aliments en une poudre pour ainsi dire impalpable avant de les faire administrer à ses malades. Ayant obtenu de l'administration de l'Assistance publique qu'elle voulût bien mettre à sa disposition une certaine quantité de cette poudre, M. Beaumetz l'administre actuellement à la dose de 200 grammes par jour dans du lait, ce qui correspond à 600 grammes de viande crue. L'aliment devient ainsi d'une très grande digestibilité et se trouve rapidement absorbé. Depuis lors, il obtient les mêmes résultats que M. Debove, c'est-à-dire un engraissement progressif et une amélioration générale, notamment chez des hystériques sujets à des vomissements à peu près incoercibles. Ceux-ci ont cessé complètement depuis qu'il emploie ce nouveau procédé d'alimentation forcée. La disparition des vomissements tient si bien à la forme impalpable sous laquelle les aliments sont administrés que, si les malades essayent de se nourrir par la bouche, les vomissements reparaissent aussitôt comme s'il s'agissait là d'un spasme du pharynx ou de l'œsophage résultant du passage du bol alimentaire.

M. Dujardin-Beaumetz prie M. Debove de vouloir bien donner quelques explications complémentaires sur son procédé d'expérimentation.

M. Debove ne pensait pas prendre aujourd'hui la parole, car c'est entretenir un peu trop hâtivement peut-être la Société de faits encore bien récents.

Depuis sa dernière communication, il a reçu la visite d'un certain nombre de ses confrères désireux de voir expérimenter l'alimentation forcée. Tous les phtisiques auxquels son procédé de gavage a été appliqué sont admirablement bien, en égard à la situation dans laquelle ils se trouvaient avant toute expérience, et ils engraissent d'une façon remarquable ; quelques-uns ont aug-

menté de douze kilogrammes en deux mois. La plupart sont, sinon guéris, tout au moins en bonne voie de guérison.

Une observation des plus intéressantes est celle d'un *mort guéri*. C'est un individu auquel il n'avait permis une sortie de deux heures que sur sa promesse formelle de ne se livrer pendant ce temps, non seulement à aucun excès alcoolique, mais encore de ne pas boire la moindre goutte de vin, bière ou liqueurs. Cet homme a tenu sa parole, il est vrai, mais il s'adonna, pendant ces deux heures, à de tels excès des plaisirs vénériens — ce qui, entre parenthèses, démontre la force de virilité recouvrée sous l'influence du traitement — qu'il rentra ne pouvant plus uriner et que le cathétérisme auquel on dut avoir recours détermina des fausses routes, bientôt suivies d'infection purulente et de mort.

A l'autopsie on trouva, dans les poumons, de grandes cavernes couvertes de nombreux bourgeons charnus et en voie de cicatrisation qui justifient l'expression de *mort guéri*.

Pour obtenir des résultats aussi remarquables, il faut arriver à des quantités considérables de nourriture, car il y a là une question de terrain perdu à regagner. C'est ainsi que M. Debove administre chaque jour à ses tuberculeux :

3 litres de lait
600 gr. de viande
12 œufs
De la farine de lentilles cuites et desséchées.

Les aliments sont préparés de la manière suivante : la viande crue est hachée, présentée au feu, pressée, mise dans une étuve et séchée, puis broyée et réduite en poudre extrêmement fine. Les lentilles sont également cuites avant d'être pulvérisées. Le tout est mêlé au lait et aux œufs battus.

L'absorption de ce mélange est des plus faciles, et la digestion en est tellement rapide que M. Debove en est arrivé à administrer à certains malades, pendant seize jours, 3 litres de lait et 21 œufs sans aucun accident, et que, trois heures après, le lavage de l'estomac démontrait qu'il ne restait plus trace d'aliments dans cet organe. Une autre preuve de l'absorption des aliments ainsi administrés est dans la quantité d'urée rendue par les malades, qui s'élevo au chiffre de 70 gr. par jour. Il n'y a jamais de diarrhée ; bien plus, les matières fécales sont peu abondantes et de petit volume.

M. Debove a pu augmenter progressivement les doses alimentaires et donner jusqu'à 600 gr. de poudre par jour, chiffre qui correspond à 2 kilogr. de viande fraîche.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que le fabricant de poudre de viande emploie des foies d'animaux au lieu de fibres musculaires.

M. Debove préfère de beaucoup la viande au foie, qui exige une fraîcheur qu'il n'est pas toujours possible d'avoir. De plus la préparation telle qu'il la fait faire est prise sans aucune répugnance par les malades.

— M. Joffroy cite une hystérique atteinte de vomissements incoercibles, qui en était à la première période de l'anorexie, et chez laquelle le gavage par la sonde a amené une guérison très rapide. Il ne lui paraît pas cependant que l'on puisse espérer d'aussi bons résultats quand l'anorexie hystérique en est arrivée à une période plus avancée.

M. Dujardin-Beaumetz : Les trois hystériques que j'ai traitées avec succès par l'alimentation forcée étaient malades depuis trois, deux et un mois.

M. Guyot a essayé aussi le gavage chez une jeune hystérique au soixante-sixième jour de ses vomissements; il n'a pu rien obtenir, et la malade, anurique depuis longtemps déjà, est morte le quatre-vingt-deuxième jour. Il y a certainement une distinction à faire, comme l'a dit M. Joffroy, entre les hystériques de fraîche date et celles qui sont malades depuis longtemps.

M. Debove croit, en effet, que chez les individus atteints de vomissements nerveux, il y a deux périodes distinctes : l'une où le vomissement est purement nerveux, et dans ce cas l'alimentation forcée donnera des succès ; l'autre où la maladie est beaucoup plus avancée et aux vomissements nerveux se joignent les vomissements par inanition : ici l'on n'aura que bien peu de chances de réussir. Il a vu ainsi deux hystériques mourir de faim : l'une d'elles s'est éteinte il y a trois mois comme une lampe faute d'huile.

M. Troisier soigne en ce moment une jeune fille convalescente de la fièvre typhoïde, dont les vomissements ont été arrêtés par le gavage.

Honorariat. — MM. Homolle et Léon Colin sont élus à l'unanimité membres honoraires de la Société.

A quatre heures quarante la séance est levée.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fin de la séance du 12 avril 1882. — Présidence de M. Guéniot

— M. Pamard (d'Avignon) lit une observation d'épithélioma de la langue opéré au thermo-cautère. La récidive eut lieu très rapidement dans les ganglions et la glande sous-maxillaire du *côté opposé* ; la tumeur augmenta rapidement. Sur ces entrefaites, le malade eût un érysipèle de la face, sous l'influence duquel cette grosse tumeur disparut presque complètement ; mais cette amélioration fut de courte durée, la tumeur se reproduisit et l'on fit alors deux injections de papaïne. A la suite de ce traitement il y eut des plaques de gangrène et le malade finit par succomber.

M. Delens : J'ai observé une fois cette influence résolutive de l'érysipèle chez une femme qui avait un énorme encéphaloïde du sein. L'amélioration fut aussi de courte durée, et la malade finit par succomber.

— M. Pamard lit une seconde observation : élongation des deux nerfs optiques pour une atrophie de ces nerfs d'origine syphilitique.

Le malade avait l'œil droit complètement perdu ; à gauche, il y avait encore une légère perception lumineuse. Il avait des douleurs de tête et des vertiges fréquents. L'élongation du nerf optique gauche fut faite ; à droite, le nerf se ruptura pendant l'opération. A la suite, il y eut des deux côtés une dilatation considérable de la pupille, bientôt suivie d'une contracture qui dura vingt-quatre heures, puis la pupille revint à son état normal. A la suite de cette opération, les douleurs et les vertiges ont presque complètement disparu. Le malade sortait, et il fut pris pendant quelques jours d'accès de toux convulsive, et mourut dans un de ces accès. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

— M. Nepveu. Rapport sur une observation présentée par M. Rouilly : Extirpation d'un goitre exophthalmique simple ; mort avec dyspnée soixante-cinq heures après l'opération. Médiastinite phlégmoneuse aiguë.

M. Tillaux : Je comprends que le médiastin puisse s'enflammer à la suite de cette opération. Pour éviter cette complication, il faut ouvrir la capsule de la glande thyroïde ; sans cela, on peut déchirer l'aponévrose cervicale moyenne qui est en rapport avec le médiastin.

Séance du 19 avril 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Houzet de l'Aulnoy dépose sur le bureau un travail sur la position verticale du membre dans les amputations pour prévenir les hémorragies.

— M. Le Dentu remet, au nom de M. Baudry, une observation d'ectopie testiculaire au périnée, et, de la part de M. Ortega (de Buenos-Ayres), plusieurs observations de syphilis congénitale.

M. Houzet de l'Aulnoy, à propos du procès-verbal, revient sur la discussion des amputations sous-périostées : Depuis 1871, dit-il, je fais toutes mes amputations par cette méthode, et j'en obtiens d'excellents résultats. On a dit que chez les enfants il pourrait, à

la suite de ce procédé, survenir des ostéophytes ; théoriquement, cela est possible, mais cliniquement je n'en ai, pour ma part, jamais observé. Quant au décollement du périoste, il est toujours très facile à exécuter, même chez l'adulte, et lorsque l'on n'est pas atteint d'inflammation. Sur le cadavre, ce décollement s'opère beaucoup moins facilement, et l'on ne peut pas comparer dans ces deux cas. Quant au procédé, il consiste pour moi à tailler un simple lambeau antérieur et non pas une manchette ; ce lambeau périosté porte avec lui tous les éléments de la nutrition, et cela permet d'avoir de très grands lambeaux sans crainte de gangrène. Mais, pour obtenir la réunion immédiate, l'immobilisation articulaire est indispensable. Les amputations sous-périostées réussissent admirablement pour les doigts. Le lambeau doit toujours être pris sur la face externe de l'os, et il faut le tailler très long. Grâce à cette précaution, on rejette la cicatrice à la commissure des doigts et la section de l'os est suffisamment protégée.

—M. Nicaise lit un rapport sur un travail de M. Reclus, intitulé : De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère.

— M. Ollier fait une communication sur la reconstitution des articulations réséquées. (Voir plus haut, au compte rendu de l'Académie de médecine, cette communication.)

M. Sée : La pièce que nous présente M. Ollier est remarquable et prouve que dans certaines conditions les articulations réséquées par la méthode sous-périostée se referment avec une telle perfection que, jusqu'à un certain point, on pourrait croire qu'il n'y a pas eu de résection. — Je crois cependant que cette pièce est exceptionnelle ; elle ne peut peut-être pas servir de type, et il ne faudrait pas toujours compter sur des résultats semblables. La plupart des ligaments avaient été conservés, il n'y a donc pas eu reproduction de l'appareil ligamenteux. Mais on est souvent obligé d'enlever la capsule articulaire, lorsqu'elle est envahie par les fongosités.

M. Ollier : Lorsque la gaîne périostée capsulaire est malade, j'en conserve le plus que je peux, lors même qu'il y a des fongosités ; je traite celles-ci par la cautérisation au fer rouge, au nitrate d'argent, par le pansement à l'iodoforme, et j'obtiens ainsi la transformation de ce tissu fongueux en tissu scléreux.

M. Le Dentu : Je ne suis pas surpris du beau résultat qu'a obtenu M. Ollier, car au congrès de Lyon il nous a déjà montré plusieurs malades qui avaient subi des résections et qui se servaient parfaitement de leur membre. Depuis longtemps je suis rallié aux résections sous-capsulo périostées, et je procède toujours ainsi dans la mesure du possible ; car, lorsqu'il y a beaucoup de fongosités, cela est quelquefois très difficile ; lorsqu'on les conserve, comme le conseille M. Ollier, elles se reproduisent parfois, mais le plus souvent on a d'excellents résultats. Il faut dire aussi que souvent, lors même que l'articulation ne s'est pas reproduite, le malade peut néanmoins parfaitement se servir de son membre.

M. Ollier : En outre, si cette opération donne de bons résultats, il faut ajouter qu'elle est inoffensive. Je viens de faire à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui est un milieu peu favorable, 43 résections par la méthode sous-périostée, et j'ai eu 43 guérisons.

— M. Guénnot présente, au nom de M. Després, un malade qui a subi l'ablation partielle du maxillaire supérieur pour un polype naso-pharyngien ; le plancher de l'orbite a été conservé.

— M. Nepveu présente un malade de M. Cazin, qui a subi la résection du genou avec ablation de la rotule pour une tumeur blanche.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 2 février 1882.

M. L. Manouvrier fait une communication intitulée : *Sur la valeur de la taille et du poids du corps comme termes de comparaison entre la masse de l'encéphale et la masse du corps.*

L'auteur examine si la taille et le poids du corps représentent assez exactement la masse de l'organisme pour que l'on puisse établir un rapport significatif entre ces termes et le poids de l'encéphale. Il montre que la taille est un terme tout à fait insuffisant pour représenter la masse du corps, attendu que c'est une seule dimension du corps, dont les autres dimensions sont bien loin d'être proportionnelles à la longueur. Cette insuffisance saute aux yeux pour ainsi dire lorsqu'on envisage des espèces différentes : comme l'éléphant et la girafe, par exemple. Mais la taille ne représente pas non plus la masse du corps dans l'espèce humaine considérée en particulier, car il y a, pour chaque taille, des individus grêles et des individus trapus. Par conséquent, lorsqu'on compare le poids de l'encéphale dans des groupes d'hommes de tailles différentes, ainsi que l'a fait Parchappe, il ne faut pas oublier que chaque groupe se compose de ces deux sortes d'individus et que la différence de poids cérébral existant entre deux groupes ainsi constitués se trouve moindre que celle qui existerait entre un groupe exclusivement composé d'hommes petits et grêles et un autre groupe exclusivement composé d'hommes grands et forts. Les auteurs qui ont prétendu mesurer l'influence de la masse du corps sur le poids de l'encéphale en se servant simplement de la taille comme terme représentant la première de ces deux quantités, sont donc tombés dans une erreur assez grossière.

M. Manouvrier montre que non seulement deux individus d'intelligence égale et de taille égale peuvent avoir des poids cérébraux fort différents, mais que la différence du poids cérébral peut être à l'avantage de l'individu plus petit, si celui-ci est trapu, tandis que le plus grand est malingre et chétif. Le même fait se présente à propos des races et des sexes.

On a vu, dans ces dernières années, le poids de l'encéphale interprété d'une façon parfois bien peu scientifique. M. Le Bon, par exemple, a cru pouvoir évaluer à environ 40 grammes la quantité dont l'encéphale s'accroît pour 10 centimètres de taille. Le même auteur n'a pas craint d'avancer, après avoir comparé des hommes et des femmes de même taille, que la différence sexuelle du poids de l'encéphale est exclusivement due à une différence intellectuelle. Enfin, cet auteur s'est livré à des considérations plus ou moins psychologiques sur différentes races humaines en invoquant certaines différences de poids cérébral et cela sans tenir compte même de l'influence de la taille. C'est ainsi que M. Le Bon a introduit dans la science plusieurs erreurs qui ont joui de quelque faveur auprès des personnes qui n'ont pu recourir aux sources ou qui ont négligé de le faire. Il a essayé de prouver, par exemple, que le degré de perfection d'une race doit se mesurer par le nombre de grands crânes que possède cette race, que les deux sexes se différencient de plus en plus par l'intelligence de même que par la capacité du crâne, etc., etc. Ces diverses erreurs ont été revêtues de chiffres extraits des registres de Broca, mais habilement triés, de sorte que beaucoup s'y sont laissés prendre.

M. Manouvrier montre que la comparaison du poids de l'encéphale à la taille peut nous fournir des notions plus ou moins vagues sur le rapport qui existe entre la masse de l'encéphale et la masse du corps, *mais que cette comparaison ne peut aboutir à évaluer quantitativement cette influence.*

Quant au poids du corps, il paraît au premier abord être un représentant plus fidèle de la masse active de l'organisme, mais il est encore plus infidèle que la taille, ainsi que le prouve l'auteur. Les variations de la quantité de tissu adipeux suivant l'âge, le sexe, la race, le genre de vie, la dernière maladie, etc., font qu'il n'est pas plus fructueux, dans la plupart des cas, de comparer le poids de l'encéphale au poids du corps que de le comparer à la taille.

L'auteur conclut que lorsqu'on pèse l'encéphale, *il faut mesurer la taille de l'individu alors même que l'on prend le poids de son corps.* De plus, il faut mesurer une dimension indépendante de l'embonpoint qui puisse donner une idée du développement du

corps dans un autre sens que la longueur. La meilleure mesure transversale est certainement le *diamètre biacromial*. Il est bon d'y joindre une troisième mesure : la distance de la fourchette du sternum à l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale. Enfin, si l'on pèse le sujet, il faut avoir soin d'indiquer, outre ces différentes mesures, s'il est gras ou maigre.

Sans toutes ces précautions, le poids de l'encéphale perd presque entièrement sa valeur, et c'est ainsi qu'il est impossible d'utiliser les neuf dixièmes des observations recueillies jusqu'à présent sur le poids cérébral.

L'auteur n'aborde pas l'interprétation du poids cérébral. Cette interprétation a fait l'objet d'une note présentée le 16 janvier à l'Académie des sciences et reproduite *in extenso* dans la GAZETTE. Il a voulu simplement montrer comment les termes taille et poids du corps pouvaient être utilisés en l'absence d'un terme de comparaison beaucoup plus fidèle, mais plus difficile à mesurer, qui fera l'objet d'une prochaine communication.

M. POZZI fait remarquer que le poids de l'encéphale devrait être comparé à quelque terme représentant de préférence les parties du corps vraiment actives. Le poids du système musculaire ou du moins de quelques muscles lui semble préférable au poids du corps.

M. MANOUVRIER répond qu'il ne voulait pas indiquer le nouveau terme de comparaison choisi par lui, mais bien montrer les défauts des termes usités jusqu'à présent et l'usage que l'on pouvait continuer à en faire à de certaines conditions. Il a traité longuement la question du meilleur terme et de son emploi dans un mémoire encore manuscrit et il se félicite de voir que l'opinion de M. Pozzi se rapproche beaucoup de la sienne.

M. le professeur PARROT dit qu'il a songé lui aussi depuis plusieurs années à substituer au poids du corps et à la taille comme termes de comparaison avec le poids de l'encéphale, un terme qui représente le développement des fonctions les plus bestiales, pour ainsi dire, de l'économie. Il a choisi le poids du cœur et il a l'habitude d'établir le rapport de ce poids au poids de l'encéphale. Du reste, il préfère, lui aussi, remettre l'exposé de cette question à une séance ultérieure.

M. MANOUVRIER, à propos d'une observation de M. Le Bon, rappelle une autre erreur de ce dernier concernant le rapport de la circonférence de la tête au poids du corps chez les nouveau-nés des deux sexes. Il montre que, contrairement au poids absolu de l'encéphale, le rapport du poids de l'encéphale à la taille et au poids du corps diminue à mesure que ces derniers termes s'accroissent. Ce rapport est plus élevé chez les individus petits que chez les grands et chez les filles que chez les garçons. M. Le Bon a prétendu le contraire, mais c'est l'emploi d'une méthode vicieuse qui l'a conduit à un résultat absolument contraire à la vérité.

M. LE BON demande des preuves.

M. MANOUVRIER les donne séance tenante, en se servant des chiffres mêmes de M. Budin utilisés par M. Le Bon.

Séance du 16 février 1882.

M. MATHIAS DUVAL fait une communication relative à l'existence d'un *sens de l'espace* et au rôle que paraissent jouer les canaux demi-circulaires comme organes de ce nouveau sens. L'auteur entend par sens de l'espace le sens qui nous donne la notion de la position occupée dans l'espace de l'orientation et de l'équilibration du corps. La concordance des trois directions affectées par les canaux semi-circulaires avec les trois coordonnées de l'espace, les communications du nerf acoustique avec le cervelet paraissent à M. Duval être des preuves ou tout au moins des raisons en faveur de l'existence d'un sens de l'espace et du rôle qu'il attribue aux canaux demi-circulaires. En outre, l'existence de canaux demi-circulaires chez des animaux presque privés d'ouïe, comme la lamproie, montrent que ces organes servent à un usage spécial.

M. LABORDE ne croit pas à l'existence d'un sens particulier de l'espace non plus qu'à celle du sens musculaire. Il combat cette multiplication des sens à laquelle tendent plusieurs physiologistes. Les canaux demi circulaires offrent, il est vrai, des directions parallèles aux trois principales coordonnées de l'espace, mais ces trois directions seraient insuffisantes, puisque l'on peut reconnaître dans l'espace des directions beaucoup plus nombreuses. M. Laborde reconnaît l'existence d'une relation anatomique entre le nerf qui part des canaux demi-circulaires et le cervelet ; il reconnaît également, comme M. Mathias Duval, l'existence d'une relation physiologique entre les canaux demi-circulaires et l'équilibration du corps par l'intermédiaire du cervelet ; mais la lésion des canaux demi-circulaires ne retentit sur l'équilibration générale du corps qu'indirectement, c'est-à-dire parce qu'elle trouble l'équilibration des mouvements de la tête. Or ces mouvements se rattachent à la fonction auditive.

Quant aux animaux possédant des canaux demi-circulaires sans avoir un appareil auditif disposé comme le nôtre, rien ne prouve qu'ils n'entendent point. La lamproie, d'ailleurs, possède un utricule, organe de l'ouïe chez les poissons.

L. MANOUVRIER.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE

Tenu les 11, 12 et 13 avril

Suite. — Voir le numéro précédent.

NOTE SUR QUELQUES POINTS DE L'ORGANISATION DES ECHINORHYNQUES.

M. MÉGNIN a repris l'étude des parasites groupés dans le genre Echinorynchus et dont quelques points de l'organisation et du développement sont restés parfaitement obscurs. Ainsi l'âge qui précède l'état adulte était peu ou point connu ; M. Mégnin l'a étudié ; cet âge, qu'on peut appeler celui de la *nymphe*, enkysté dans le tissu cellulaire de différents reptiles, entre autres du *Varan* du désert, d'oiseaux du groupe des Phasianidés et de poissons. A cet âge, l'Echinorhynque est muni d'un appareil digestif composé de deux longs tubes fermés en cœcums, et s'ouvrant dans une bouche qui est retirée à la marge de la fossette où la trompe est invaginée. Cet appareil digestif, en tout comparable à celui des Trémotodes et de certains Turbellariés, s'atrophie et n'est plus représenté à l'âge adulte que par les *lemnisques*, ces organes problématiques qu'on a pris tantôt pour des glandes salivaires, tantôt pour des organes excréteurs.

Les nymphes d'Echinorhynques possèdent, en outre, un rudiment de vaisseau dorsal, ce qui, avec la présence d'une trompe, les rapproche encore des Némertiens ou Rhyncboïdes et les éloigne d'autant des Nématoïdes, avec lesquels on les a rangés jusqu'à présent.

— M. le docteur FILHOL, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, communique les résultats de ses nouvelles recherches sur les eaux sulfurées thermales des Pyrénées. Les eaux sulfurées des Pyrénées centrales sont, suivant M. Filhol, à peine alcalines, tandis que celles qui naissent dans les Pyrénées-Orientales, autour du Canigou, sont alcalines et contiennent une quantité notable de carbonate de soude. M. Filhol a fait chauffer, à l'abri de l'air, de l'eau sulfurée de Bagnères-de-Luchon, avec du soufre et a constaté qu'il y a eu formation de polysulfura sans qu'il se soit produit une quantité appréciable d'hyposulfite ni de sulfate. Il en a été autrement avec les eaux des Pyrénées-Orientales. Avec ces dernières, il se produit une quantité relativement considérable d'hyposulfite alcalin, et le titre sulfhydro métrique devient double au moins de ce qu'il était à l'origine, tandis qu'il est resté le même quand il s'est agi de l'eau de Bagnères-de-Luchon.

NOTE SUR LA SOURCE BARZUN-BARÈGES DESCENDUE A LUZ, par le docteur ARMIEUX (de Toulouse).

La source Barzun-Barèges a des qualités précieuses qui la font

rechercher par beaucoup de malades; elle est sulfureuse, silicatée, riche en barégine et en gaz azote à l'état libre.

Comme le climat et l'altitude de Barèges présentent des inconvénients et des dangers pour beaucoup de malades, on a eu la pensée de faire descendre les eaux de Baréges à Luz, au centre d'une jolie vallée, dont le climat et le séjour sont délicieux.

Cette entreprise hardie, exécutée en 1881, a fait parcourir à l'eau de Barzun une distance de sept kilomètres, avec une différence d'altitude de 600 mètres. Les tuyaux de conduite, parfaitement installés, sont interrompus tous les 500 mètres par des cuvettes en fonte, à soupapes de sûreté, pour éviter les coups de bélier ou les trop fortes pressions.

Un établissement élégant et confortable a été construit à Luz et, dès qu'il a commencé à fonctionner, nous avons été très curieux de vérifier dans quel état se trouvait l'eau de Barzun arrivée aux nouveaux thermes.

La température initiale avait perdu quelques degrés, mais la sulfuration était exactement la même que celle qui avait été constatée bien des fois à son griffon près de Baréges.

Ce résultat extraordinaire a été vérifié et confirmé par l'analyse que M. Filhol, si compétent en ce genre de recherches, est venu faire à Luz au mois de septembre dernier.

Ainsi donc, il est permis d'affirmer que la source Barzun a conservé ses qualités cliniques et ses vertus thérapeutiques dans son transport de Barèges à Luz. Il faut attribuer le succès de cette opération aux soins et aux précautions qui ont été pris pour son exécution, mais aussi et surtout à la fixité naturelle des principes constitutifs des eaux de Barzun et de tout le groupe de Barèges.

M. Armieux termine en précisant les indications médicales de la cure de Barzun, qui s'adresse aux états anémiques et nerveux, aux affections de la peau, aux catarrhes bronchiques et autres, et plus particulièrement aux lésions des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

M. Charles Richet demande à M. Armieux quelques renseignements sur la présence du gaz azoté dans les eaux de Barzun.

— M. le docteur Lemoine, professeur à l'École de médecine de Reims, expose le résultat de ses dernières recherches paléontologiques relatives aux mammifères de l'éocène inférieur des environs de cette ville.

— M. le docteur Coutance, président de la Société académique de Brest, fait connaître les résultats de ses *Expériences sur l'équivalence des sels de l'eau de mer au point de vue biologique*.

En se servant de huit solutions réduites chacune à un seul des éléments naturels de l'eau de mer dans la proportion où elle contient leur totalité, et en soumettant cinq espèces de mollusques aux influences du milieu liquide ainsi préparé, l'éminent professeur à l'École navale de Brest est arrivé à des conclusions qui ne sont pas sans importance pour l'ostréiculture. Il a constaté particulièrement que les sels de potasse sont moins favorables à la vie des mollusques que les sels de magnésie, les sels de magnésie que les sels de soude, et qu'en dehors des sels dissous dans l'eau de mer, le sulfate de soude semble jouir d'une *neutralité conservatrice* bien accusée.

— M. Ollier résume quelques-uns des faits qu'il a étudiés pendant longtemps sur les greffes osseuses. Il a pu réaliser sur l'homme la greffe osseuse qu'on avait, avant M. Ollier, observée principalement sur les animaux.

—M. le docteur Muston (de Beaucourt) communique ses recherches sur la géologie de la vallée de l'Allaino.

— M. Aubrion, médecin au Gault (Marne), délégué de la Société académique de la Marne, fait connaître l'atelier préhistorique de la Charmotte, commune de Boissy-le-Repos, dans la Brie champenoise.

Cet atelier, dont M. Aubrion présente les silex types, a commencé à l'époque monstérienne, c'est-à-dire aux temps quaternaires, puis a été repris pendant la période néolithique,

C'est la démonstration formelle de la thèse sontenue depuis cinq ans par M. Aubrion, à savoir que l'homme quaternaire a habité la Brie champenoise.

Paul Fabre (de Commentry).

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie des muscles et des nerfs, par Charles Richet. Paris, 1882. — Librairie Germer-Baillière.

Ce livre est le développement d'une série de leçons professées par l'auteur à la Faculté de médecine, alors qu'il était chargé du cours auxiliaire de physiologie. Ce n'est pas, à proprement parler, un traité didactique complet sur la physiologie générale des tissus musculaires et nerveux.

M. Richet, en effet, ainsi qu'il le dit lui-même dans sa préface, s'est étendu de préférence sur les points qui ont été l'objet de ses recherches personnelles. A notre avis, c'est là précisément ce qui donne un cachet d'originalité à son œuvre et la distingue de ces rééditions plus ou moins déguisées que l'on présente trop souvent au public à titre de nouveauté.

L'ouvrage est divisé en vingt-quatre leçons qui comprennent l'étude successive des mouvements de la cellule, de la contraction musculaire, du tétanos musculaire, de l'élasticité, du travail et de la force du muscle, de l'irritabilité et de l'excitabilité du muscle, de sa constitution chimique, des phénomènes chimiques, de la contraction musculaire, de la rigidité cadavérique.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude des phénomènes de chaleur et d'électricité qui se produisent dans le muscle, un autre aux animaux électriques et lumineux. Vient ensuite un exposé de la sensibilité, de la nutrition et de la physiologie pathologique des muscles, de la vibration nerveuse, de l'irritabilité et de l'excitabilité du nerf, des actions et mouvements réflexes, enfin de l'irritabilité et de la réaction cérébrales.

Un tel livre se prête peu à l'analyse. Il faudrait, en effet, reprendre un à un tous les chapitres, et encore n'arriverait-on qu'à en donner une idée des plus imparfaites. Ce que l'auteur a cherché surtout, c'est d'établir les lois suivant lesquelles la fibre musculaire, la cellule nerveuse et le tube nerveux répondent à l'excitation extérieure. Suivant lui, ces lois sont identiques. Cela n'a rien d'étonnant, si l'on songe que ces divers tissus ont une origine semblable : tous proviennent de cellules, ou plutôt ils ne sont eux-mêmes que des cellules plus ou moins modifiées, adaptées les unes au mouvement, les autres à la sensibilité et à l'intelligence. Quelles que soient les différences qui les séparent, ces différences sont, jusqu'à un certain point, secondaires. Ce qui domine ce côté de la physiologie, c'est la conception de l'*irritabilité*.

Il faut admettre que tous les organismes et tous les tissus sont dans un état actuel plus ou moins stable, qui peut être modifié par les forces extérieures. L'état actuel de la cellule est à la fois chimique et physique. Si une force extérieure quelconque intervient, qui modifie cet état électrique, thermique, mécanique et chimique, cette force deviendra un irritant, un stimulus. Tous les irritants sont des modificateurs de la cellule, et tous les modificateurs sont des irritants.

M. Richet va plus loin. Pour lui, l'être vivant n'est pas actif par lui-même. Si l'on suppose un organisme homogène placé dans un milieu inerte et absolument stable, cet organisme restera immobile. L'activité des êtres vivants ne serait donc

pas spontanée ; c'est une activité provoquée, une activité de réponse. « Ce que le génie pénétrant de Descartes avait pressenti, dit l'auteur, la science moderne le prouve. Les êtres vivants sont de véritables machines, machines extrêmement délicates et complexes, mais enfin machines, qui sont disposées de telle sorte qu'elles réagissent suivant des lois immuables aux forces extérieures. Cette réaction nécessaire de l'être aux changements qui l'ébranlent fait que l'apparente spontanéité des animaux supérieurs n'est qu'un des modes de l'irritabilité; car, quoique la machine vivante paraisse produire de la force, elle ne la produit pas spontanément, et ne fait jamais que répondre à l'excitation du dehors. Grâce à l'accumulation dans l'organisme des forces chimiques de tension, le dégagement de force provoqué par un ébranlement extérieur est énorme et hors de toute proportion avec cet ébranlement. »

Citons encore cet autre passage : « On a dit que le cerveau sécrète la pensée, comme le foie, la bile ou le rein, l'urine. Cette comparaison me paraît inadmissible. La pensée, résultat de l'activité cérébrale, ne ressemble en rien à la sécrétion d'un liquide de l'organisme. Elle a plutôt des analogies avec l'ébranlement moléculaire du muscle qui se contracte, avec les vibrations de l'éther produites par la lumière, l'électricité, la chaleur. La pensée est une vibration, un mouvement des cellules cérébrales ; il y a production de force et non sécrétion de liquide. Au lieu de prendre cette comparaison, inexacte et grossière, avec le rein et le foie, j'aimerais mieux dire que le cerveau fait l'intelligence comme le soleil fait la lumière. »

Nous tenions à rapporter ces quelques fragments de l'intéressant ouvrage de M. Richet, pour mettre en relief l'esprit éminemment philosophique qui le domine. Quant à nous, il nous est impossible de partager toutes les doctrines de l'auteur à ce dernier point de vue. Nous ne pouvons admettre, par exemple, que la volonté ne soit qu'une simple variété d'action réflexe. En fait, on se heurte là à un problème demeuré jusqu'ici insoluble, celui des rapports de la physiologie et de la psychologie ; et nous ne croyons pas que M. Richet ait fait faire un grand pas à cette redoutable question contre laquelle sont venus échouer tous ceux qui l'ont devancé dans cette voie. Qu'il nous permette de le lui dire, il y a dans ce problème des inconnues, dont le dégagement est au-dessus des ressources de la science expérimentale. Le domaine de celle-ci est d'ailleurs assez vaste : il lui siérait mal de se hasarder dans le champ dangereux et stérile des hypothèses. Hypothèse pour hypothèse, nous préférons encore celle d'un principe immatériel, source et siège suprême de notre activité, de notre intelligence, de nos pensées, de nos sentiments, véritable force innée, qui met en mouvement toute la *machine pensante* de l'homme, ou plutôt la machine chargée de conduire, de traduire et d'exécuter les manifestations de cette force.

Mais quittons ce terrain hérissé d'obstacles et de difficultés de toute sorte, pour nous livrer au plaisir de féliciter, comme il le mérite, notre savant confrère et ami, au sujet de la partie purement physiologique de son livre. Le lecteur y trouvera, clairement exposées, les notions les plus intéressantes et les plus récentes sur un grand nombre de points mal connus, ignorés même jusqu'à ces derniers temps. Il y a, du reste, longtemps que M. Richet a fait ses preuves et que son nom est familier à tous ceux qui s'intéressent à la vraie science.

Dr Gaston Decaisne.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

École de pharmacie de Paris. — M. de Saint-Avid, docteur en médecine, est nommé préparateur de botanique en remplacement de M. Marié, nommé préparateur des travaux de micrographie.

***

— MM. les docteurs Amat et Lagarde sont chargés des fonctions : le premier de chef des exercices pratiques de chimie, le second de chef des exercices pratiques de physique.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Charpentier, agrégé, est chargé, pendant la deuxième moitié de l'année scolaire 1881-1882, d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

***

Inspectorat des eaux minérales. — M. le docteur Liétard, vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Plombières, en remplacement de M. le docteur Verjon, démissionnaire et nommé médecin-inspecteur honoraire.

***

Bureaux de bienfaisance. — M. le docteur Tarins vient d'être nommé médecin du bureau de bienfaisance du dix-neuvième arrondissement.

***

Infirmerie de Saint-Lazare. — M. le doctour de Sinéty est nommé médecin-adjoint en remplacement de M. le docteur Le Blond, nommé médecin en chef.

***

Concours des médecins du bureau central. — A la suite de la première épreuve clinique, MM. les docteurs Ballet, Barrié, Barth, Brault, Brissaud, Cadiot, Carrière, Chouppe, De Beurmann, Decaisne, Dejérine, Dreyfous, Gombault, Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Leroux (Ch.), Leroux (M.-H.), Letulle, Merklen, Moizard, Oulmont, Renault et Tapret ont été seuls admis à subir la seconde épreuve.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — Des concours pour cinq places de chef de clinique s'ouvriront : le premier, le 3 juillet 1882, pour deux places de chef de clinique médicale ; le second, le 6 juillet, pour deux places de chef de clinique chirurgicale, et le troisième, à cette même date, pour une place de chef de clinique obstétricale.

***

École de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le 30 octobre 1882.

***

Collège de France. — Le cours d'ananatomie générale de M. le professeur Ranvier aura lieu les mardis et les jeudis, à quatre heures. Il traitera des centres nerveux sympathiques et cérébro-spinaux.

— Le cours d'embryogénie comparée de M. le professeur Balbiani aura lieu les mardis et les samedis, à une heure et demie.

***

Cours libres. — M. le docteur Gouguenheim a commencé, à l'hôpital Lourcine, le 17 avril à neuf heures et demie du matin, des leçons de syphiliographie et de laryngologie qu'il continuera les jeudis et les lundis de chaque semaine à la même heure.

***

École pratique. — *Applications médicales, chirurgicales, obstétricales de l'électricité.*

M. le docteur Apostoli commencera son cours le vendredi, 5 mai, à deux heures, dans l'amphithéâtre no 3, pour le continuer les lundis et les vendredis à la même heure.

***

Association française pour l'avancement des sciences. — La date d'ouverture du congrès qui doit se tenir cette année dans la ville de La Rochelle est fixée définitivement au 24 août. La session durera jusqu'au 31.

***

L'association des médecins du département de la Seine tiendra, dimanche prochain 23 avril, à deux heures *très précises*, son assemblée générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président.

Ordre du jour :

1o Lecture du compte rendu de l'année 1881 par le secrétaire général;

2o Election d'un président, de deux vice-présidents, d'un trésorier.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale : *président*, M. Béclard; *vice-présidents*, MM. Noël Guéneau de Mussy et Richet ; *trésorier*, M. Genouville.

3o Tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

***

M. le docteur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a repris mercredi dernier ses conférences cliniques et les continuera tous les mercredis, à neuf heures.

***

Cow-pox spontané. — Le Siglo medico de Madrid annonce à ses lecteurs, dans son numéro du 2 avril, la bonne nouvelle de la découverte d'un cow-pox spontané dans le hameau de Arroes (province d'Oviedo). Lorsqu'on s'est assuré du cas, les pustules étaient trop avancées et on n'a pu recueillir que des croûtes vaccinales à l'aide desquelles on a vacciné à Jijou une génisse qui a donné de bons boutons vaccinaux et en a produit d'aussi bens chez des enfants.

A Madrid, à l'institut de vaccination de l'Etat, les croûtes vaccinales reçues de Arroes ont également produit des boutons sur les bras des enfants auxquels on les a inoculés. Le Siglo medico fait remarquer qu'il y a quelque temps il a eu connaissance de la découverte d'un cow-pox spontané dans la province de Cuença.

***

Faculté de médecine de Paris. — Les récompenses suivantes ont été votées, dans la dernière assemblée des professeurs, aux auteurs, dont les noms suivent, de thèses de doctorat subies pendant le cours de l'année scolaire 1880-1881.

Médailles d'argent. — 1. M. Ballet (G.). Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. — 2. M. Bar (P.-G.). — 3. M. Chambard (E.). Du somnambulisme en général, nature, analogies, significations, nosologie et étiologie. — 4. M. Crouzat (E.). De la mensuration du diamètre promento-pubien minimum au point de vue obstétrical et d'un instrument pour la pratique suivant la méthode directe. — 5. M. Duhard (L.). Des tubercules de la mamelle. — 6. M. Marchand. Des épanchements sanguins intra-craniens consécutifs au traumatisme. — 7. M. Merklin (P.). Etude sur l'anurie. — 8. M. Roussel (A.) De la syphilis tertiaire dans l'enfance et chez les adolescents — 9. M. Rousseau (A.). De l'hémorragie dans l'opération de la taille.

Médailles de bronze. — 10. M. André (G.). De la respiration végétale, ses rapports avec l'hygiène. — 11. M. Baratory (J.). Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale. — 12. M. Boulay (E.). De la néphrectomie. — 13. M. Bouchet (C.). Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales. — 14. M. Brun (A.). De l'arthrite aiguë. — 15. M. Schamyl Ibrahim. Recherches anatomiques et physiologiques sur les cellules à cils vibratiles. — 16. M. Chenantais (J.). De l'épithélium des glandes sébacées. — 17. M. Doassans (J.). Etude botanique, physiologique et clinique sur le thalictrum macrocarpum. — 18. M. Fauchet (H.). Du lavage de l'estomac, procédé opératoire, indications, résultats. — 19. M. Ficatier (J.). Etude anatomique des glandes sudoripares. — 20. M. Galissart de Marignac (E.). Contribution à l'étude clinique de la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. — 21. M. Jaquot (L.). Etude sur la cure radicale des hernies. — 22. Josias (A.). De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées. — 23. M. Lereux (H.). Etude sur le diabète sucré chez les enfants. — 24. M. Pocolin (A.). Etude sur les atrophies viscérales. — 25. M. Quenu (E.). Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire. — 26. M. Sabourin (C.). Contribution à l'étude des lésions du parenchyme hépathique dans la cirrhose. — 27. M. Schwartzoff (N.). De la cécité et de la nudité des mots dans l'aphasie. — 28. M. Talamon (C.). Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque. — 29. M. Vialancs (H.). Recherches sur les terminaisons nerveuses dans les muscles striés des insectes.

Mentions honorables. — 30. M. Balland (H.). Du souffle cardiaque morbilleux. — 31. M. Bondet de la Bernardie (J.-B.). Contribution à l'étude de l'amygdalotomie. — 32. M. Breynaert (L.). Des accidents bronchiques et broncho-pneumoniques de la variole. — 33. M. Cadet (A.). Etude physiologique des éléments figurés du sang et en particulier des hématoblastes. — 34. M. Callias (H.). De la résorcine et de son emploi en thérapeutique. — 35. M. Cerné (A.). De la mort rapide par le traumatisme. — 36. M. De la Cueva (A.). Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte, des anévrysmes multiples. — 37. M. Descour (L.). Contribution à l'étude de la cystite blennorrhagique et de son traitement. — 38 M. Desfosses (F.). Etude anatomique et clinique sur la théorie épithéliale du cancer. — 39. M. Fage (M.). Etude sur l'opération d'Emmet. — 40. M. Paucheron (E.) De la névralgie sus-orbitaire considérée dans ses rapports avec l'œil. — 41. M. Ferrand (J.). Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen. — 42. M. Gille (F.). De l'hémiopie avec hémiplégie ou hémianesthésie. — 43. M. Gourjon (G.). Contribution à l'étude de la rhénite chronique simple et des rhénites diathésiques. — 44. M. Hurstel (M.). Du cancer de la trachée. — 45. M. Janvier (J.-B.). De la phtisie pulmonaire, traitement préventif. — 46. M. Labat (J.-B.). Recherches cliniques et expérimentales sur la tête du fœtus au point de vue obstétrical. — 47. M. Lacaille (E.). De la pseudo-paralysie générale alcoolique. — 48. M. Legendre (H.). Etude sur la scarlatine chez les femmes en couche. — 49. M. Lévy (A.). Recherches hématologiques dans les principales affections cutanées. — 50 M. Mareau (E.). Intoxication phosphorée, son traitement par l'essence de térébenthine (Recherches physiologiques et cliniques). — 51. M. Martin (A.). De l'ozène vrai. — 52. M. Marucheau-Goodmann. De l'état du cœur droit dans la phtisie pulmonaire. — 53. M. Millet (J.). De l'influence étiologique de l'alcoolisme sur la paralysie générale progressive. — 54. M. Rapin (G.) Contribution à l'étude des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. — 55. M. Ridel, dit Saillard (G.) De la cachexie pachydermique. — 56. M. Rouhet (G.). Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de la gymnastique et sur l'entraînement. — 57. M. Roussy (J.-B.). Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'angor pectoris. — 58. M. Reutier (A.). Du pied-bot accidentel. — 59 M. Vermeil (A.). Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux. — 60. M. Vogt (E.). Recherches anatomo-pathologiques expérimentales sur la cicatrisation des parois intestinales après la ponction par le trocart capillaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1881-82

59. M. Testut. De l'avancement du tendon dans le traite

ment du strabisme et recherches expérimentales sur la cicatrisation du tendon après son action simple et après son avancement. — 60. M. DUBOIS. De la rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement. — 61. M. CHAVELIN. De la tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte. — 62. M. POPU. Essai sur le rhumatisme noueux et son traitement par les eaux thermales de Plombières. — 63. M. BERTRAUX. Des éruptions cutanées dans l'ictère. — 64. M. Romanescu-Léonidas. Essai sur la hernie lombaire. — 65. M. Vernier. De la blépharite ciliaire. — 66. M. Reynaud. Des érythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde. — 67. M. Aubry. Contribution à l'étude des varices abdominales chez l'homme. — 58. M. Augé. De l'influence de la première dentition sur le développement de la bléphaso-conjonctivite.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 7 AVRIL AU JEUDI 13 AVRIL 1882.

Fièvre typhoïde 53. — Variole 25. — Rougeole 33. — Scarlatine 6. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 51. — Dysenterie 0. — Erysipèle 6. — Méningite (tubercul. et aiguë) 41. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 260. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 59. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 106. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 47. — au sein et mixte 28. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 86. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 76. — de l'appareil digestif 48. — de l'appareil génito-urinaire 37. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 37. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1,208 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ÉTUDE SUR LA DOCTRINE DE DARWIN. — LA LUTTE POUR L'EXISTENCE ET L'ASSOCIATION POUR LA LUTTE, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

L'EXAMEN DE LA VISION, au point de vue de la médecine générale, par le docteur Aug. Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-18 jésus de 137 pages, avec 15 fig. dans le texte. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

ÉTUDE DU PROCESSUS HISTOLOGIQUE DES NÉPHRITES, par le docteur Ch. Hortoles, interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1881. Gr. in-8., 182 pages avec fig. et 5 planches col. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS, INTRA-CRANIENS CONSÉCUTIFS AU TRAUMATISME, par le docteur Gérard Marchant, ancien interne de l'Asile public d'aliénés de Toulouse. — Paris, 1881. In-8., 206 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT, compte rendu des travaux de l'année 1880-1881, 35e année, par le docteur Paul Fabre. In-8 — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 28 avril 1882.

LES QUARANTAINES A SUEZ. — ISOLEMENT DES MALADES ATTEINTS D'AFFECTIONS CONTAGIEUSES, SURTOUT DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS.

M. Fauvel, en sa qualité de directeur des services sanitaires, et en raison de la part importante qu'il a prise aux travaux des conférences de Constantinople et de Vienne, n'a pas cru devoir laisser sans protestation la récente communication de M. de Lesseps à l'Académie des sciences sur les quarantaines.

Dans une note très substantielle qu'il a lue devant la savante compagnie, notre bonorable confrère, après avoir rappelé habilement que les idées qu'il défend ont reçu la sanction de l'Académie elle-même, qui a couronné en 1870 l'ouvrage où elles sont exposées, notre confrère, disons-nous, résume les travaux des deux conférences mentionnées plus haut, et fait connaître les mesures prises par les divers gouvernements intéressés pour mettre en vigueur le code sanitaire international adopté par ces conférences. Il montre que, par trois fois, le système des quarantaines maritimes a fait ses preuves en préservant l'Europe occidentale de l'invasion du choléra.

En 1873, le fléau régnait en Italie et est importé à Marseille; mais retenu, et confiné dans le Lazaret, il y sévit et s'y épuise sans atteindre ni la ville ni le littoral.

En 1879, le choléra éclate avec une grande intensité parmi les pèlerins de La Mecque : le gouvernement égyptien improvise une quarantaine à El-Tor, l'impose à tous les pèlerins, et arrête l'extension du fléau.

En septembre 1881, le choléra éclate à Aden, puis à La Mecque et à Médine. Deux campements quarantenaires sont organisés à El-Tor et à El-Ouedj, et l'Egypte, cette barrière contre l'importation du choléra en Europe, est encore une fois préservée.

Les mesures prises, dans ces dernières circonstances, ont eu surtout en vue les bâtiments chargés de pèlerins, non les paquebots faisant un service régulier entre les pays non infectés de l'Inde et l'Europe. Ces paquebots n'en ont pas moins souffert un peu dans leurs opérations; ils ont subi de légers retards dans leur voyage, d'ou des griefs et des plaintes dont M. de Lesseps s'est fait l'interprète. Mais cet état de choses n'a été que momentané, et, dès que les conditions sanitaires sont devenues meilleures, les paquebots, après une simple inspection médicale donnant lieu à un résultat satisfaisant, ont été admis à la libre pratique.

M. Fauvel, en terminant, appelle l'attention sur le Conseil sanitaire international d'Alexandrie, sur l'importance des services qu'il peut rendre, et sur la nécessité de le défendre contre certains adversaires intéressés à le renverser.

En résumé, les griefs apportés par M. de Lesseps à l'Académie des sciences au nom des grandes Compagnies de paquebots semblent exagérés; les quarantaines maritimes ont fait leurs preuves à Suez même et, jusqu'à ce que des mesures prophylactiques plus efficaces aient été imaginées, il est sage, il est prudent de conserver le système actuel : les intérêts commerciaux, quelque respectables qu'ils soient, doivent s'effacer devant les intérêts de la santé publique.

— Pendant que l'on travaille à se garantir des fléaux exotiques, comme le choléra, on ferait bien aussi de songer pratiquement à la prophylaxie des maladies endémiques transmissibles. La question, depuis longtemps agitée dans la presse médicale, discutée il y a un ou deux ans devant la Société de médecine publique, vient d'être portée par M. Marjolin à la tribune de l'Académie de médecine. Bien qu'il l'ait restreinte à la sphère des hôpitaux, plus particulièrement des hôpitaux d'enfants, elle offre un intérêt de premier ordre, et l'on ne peut qu'approuver l'Académie de l'initiative qu'elle a prise d'en saisir le gouvernement en renvoyant au ministre de l'intérieur la communication de M. Marjolin et la discussion qui l'a suivie.

Mais il est à désirer que la question revienne à l'ordre du jour et dans toute son étendue. Si l'isolement des malades atteints d'affections contagienses s'impose dans les hôpitaux, il n'est pas moins nécessaire dans la pratique de la ville et souvent, surtout au sein des familles pauvres, il ne laisse pas d'être d'une application difficile. Il n'est pas non plus inutile de déterminer les conditions de cet isolement; nous n'en voulons pour preuve que l'avis demandé à l'Académie de médecine par le ministre de l'instruction publique sur la durée du temps pendant lequel un élève du lycée, atteint de maladie contagieuse, doit être tenu éloigné de ses camarades. Nous savons qu'un deuil cruel a frappé, il y a quelques mois, un de nos plus sympathiques confrères, ancien collaborateur de ce journal, parce qu'un élève du lycée que fréquentaient ses fils est retourné trop tôt parmi ses camarades à la suite d'une maladie infectieuse. Nous n'insisterons pas davantage pour montrer l'importance et l'étendue de la question de prophylaxie dont il s'agit.

F. DE R.

P.-S. — Dimanche dernier M. le professeur Charcot a inauguré, dans le grand amphithéâtre de la Salpétrière, le cours officiel de clinique des maladies nerveuses. Nous reviendrons prochainement sur cet enseignement, qui a déjà rendu de si grands services quand l'initiative privée du savant professeur en faisait tous les frais, et qui en rendra certainement de plus

grands encore avec la nouvelle et puissante organisation dont il a été l'objet.

Le lendemain, lundi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, M. Cornil est monté pour la première fois dans la chaire que M. Charcot avait laissée vacante. Le jeune professeur a été accueilli par les applaudissements sympathiques d'un nombreux auditoire. Il a consacré cette première leçon à l'historique de la science qu'il est appelé à professer. Depuis Bichat jusqu'à son prédécesseur dans la chaire qu'il occupe, en passant par Laënnec, Broussais, Cruveilhier, Schwann, Muller, Lebert, Virchow, Conheim, Recklinghausen, etc., il a suivi, étapes par étapes, les développements de l'anatomie pathologique. Il a reconnu trois périodes dans la marche ascendante de cette branche des sciences médicales. Dans la première on n'observe les lésions qu'à l'œil nu; dans la seconde l'observateur est armé du microscope; la troisième, commencée d'hier, s'inspire des recherches et de la méthode de M. Pasteur. Celle-ci ouvre de vastes horizons, ce qui a fait dire au professeur, après avoir rendu hommage aux découvertes de ses devanciers : « Que ferai-je moi-même? Serai-je obligé de tourner dans le même cercle? Rassurez-vous, messieurs, nous ne manquerons pas de nouveau. La science marche, et tous les jours elle apporte des documents nouveaux. »

Avec M. Cornil, comme avec son prédécesseur, la chaire d'anatomie pathologique ne sera donc pas seulement une chaire d'enseignement, mais encore un centre de recherches. C'est ainsi qu'on doit comprendre le haut enseignement de la Faculté de médecine de Paris.

Dr F. de Ranse.

La réunion annuelle de l'Association médicale des médecins de France.

Deuxième journée

Si, le premier jour de la session annuelle des médecins de France, on se serait cru à l'Académie française, le second jour on pouvait se croire, tantôt à la Faculté de droit, tantôt à l'Académie des inscriptions et belles-lettres. Mais ce qu'il faut dire avant tout, c'est que les séances du second jour sont trop remplies; les malheureux délégués ont à écouter la lecture de huit ou dix rapports dont ils connaissent, il est vrai, le titre et les données générales, mais qu'ils auraient dû lire et étudier au préalable afin de prendre au sérieux la part à discussion. Ce défaut a été mis en lumière avec beaucoup d'énergie et d'à-propos par le docteur Thomas (de Tours), fermement soutenu par le docteur Alfred Pamard (d'Avignon). Ces deux confrères ont demandé que les rapports fussent imprimés et envoyés huit ou quinze jours à l'avance aux délégués des Sociétés locales pour être par eux étudiés et médités. Les membres du bureau ont bien fait quelques objections de détail, ont prétendu même que, puisque la mesure entraînerait une dépense, il importait de ne pas la voter *ex abrupto*; bref, il a été convenu que, le principe admis, l'exécution en serait étudiée par le bureau, mais commencée dès l'an prochain. Cela est bien; les délégués ne peuvent pas borner leur rôle à celui d'une chambre d'enregistrement; ils ont le droit de contrôler, de discuter, de repousser ce que propose le Conseil général. Si vous voulez maintenir soudées entre elles toutes les Sociétés locales déjà liées par l'utile et respectable fondation de la Caisse des retraites, ne convoquez pas seulement les délégués pour assister au dîner que vous leur offrez ou pour écouter les éloges que se décernent mutuellement les différents membres du Conseil; prenez garde, ils resteront chez eux, et vous vous désagrégerez au grand détriment de la profession, qui a besoin que ses membres se sentent les coudes.

Disons un mot maintenant sur chacune des affaires qui ont été traitées dans la séance de lundi. Tout d'abord on a discuté le trop élégant rapport de M. Penard sur les pensions à accorder à nos confrères malheureux. Quelle triste et navrante énumération de misères imméritées; des hémiplégiques, des aveugles, des ataxiques, âgés de soixante-dix à quatre-vingt-quatre ans, faisant une clientèle dérisoire et ayant à leur charge, qui une bru et quatre petits enfants, qui un fils paralytique chargé lui-même de famille, qui des enfants infirmes et déjà âgés, incapables de se suffire.

On juge si l'on a voté d'enthousiasme des secours à ces infortunés confrères; l'un d'eux même, étant mort depuis la présentation du rapport, a laissé libres deux cents francs d'augmentation de pension et ils ont servi à soulager d'autres misères. Voilà, je l'ai dit bien souvent dans ces comptes rendus, voilà le côté noble, et l'on pourrait ajouter pratique de notre association générale; c'est le récit de ces infortunes et du soulagement qu'on y apporte qui devrait servir de réclame à une telle œuvre.

M. Richelot a lu un rapport très remarquable sur un vœu de M. Maximin Legrand relatif à la double patente que payent les médecins exerçant aux eaux thermales et ayant leur domicile dans une autre ville. M. Maximin Legrand voudrait que la patente payée aux stations thermales subsistât seule. C'est à la station que le médecin exerce sa profession; il n'a que là son cabinet de consultation. M. Richelot, le rapporteur, remonte jusqu'à la loi des patentes de 1844. Cette loi avait écarté les médecins de la liste des patentables, parce qu'elle voulait les écarter de celle des « capacités ». On était alors sous le régime du cens, et le droit de vote n'était guère accordé qu'à ceux qui payaient un chiffre maximum de contributions. Lorsqu'on rétablit le suffrage universel, le médecin, électeur par ce fait, rentra dans la liste des patentés.

Le droit de patente est réglé par la loi la plus récente sur la matière, celle du 15 juillet 1880. Le droit de patente est double; il y a le droit fixe et le droit proportionnel. Le médecin, lui, ne paye que le droit proportionnel, et ce droit est égal au quinzième de la valeur locative de tous les locaux qu'il habite. S'il a son domicile à Lyon et qu'il exerce à Vichy, il paye un droit du quinzième sur la valeur locative des locaux de Lyon et de Vichy. Pour éviter cet inconvénient, M. Richelot, à qui est venu se joindre M. le docteur Château (de la Bourboule), n'a qu'un conseil à donner, c'est que le médecin fasse établir son domicile « habituel » et principal à la station seule où il exerce et obtienne qu'on ne considère son domicile de Paris que comme accessoire; de la sorte, il ne payera que la juste patente qu'il doit au fisc. On relira d'ailleurs avec intérêt, dans l'*Annuaire*, ce travail, qui dénote chez M. Richelot une grande habileté de discussion juridique.

M. le docteur Lunier a fait un rapport sur un vœu de M. Charbonnier (de la Sarthe), relatif à l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Il y a longtemps que la loi française (24 vendémiaire, an VIII), a établi pour tout citoyen le droit aux secours médicaux; mais, ce qu'elle n'a pas fait, c'est le vote d'un budget d'assistance. Depuis cette époque on retrouve la loi d'août 1851, qui prescrit aux hôpitaux de recevoir les individus sans domicile, et les efforts

tentés depuis 1870 et les projets de loi de MM. Talon st Dupin, d'une part; Waddington de l'autre; de M. Th. Roussel, enfin, ce persévérant confrère à qui l'on doit presque tout ce qui s'est fait dans ces dix dernières années pour la protection de l'enfance.

M. Ronssel, cela est rapporté par M. Lunier, a fait l'estimation de ce qu'il faut dépenser pour assurer anx campagnes une assistance médicale efficace; tont compris, il s'agirait de plus de six millions, dont la commune prendrait 3|6, le département 2|6 et l'Etat 1|6. Seulement, comme ls fait remarquer M. Lnnier, tout le monds, gouvernement et Chambre, hésitent encore à imposer cette dépense nouvelle aux communes et aux départements, qui paient déjà de si lourdes contributions, et cependant tout le monde comprend aussi qu'il ne suffit pas d'avoir installé le service d'assistance dans 44 départements, pour le seul bénéfice ds 650,000 habitants. C'est plus de deux millions de pauvrss à qui il faut donner les conseils du médscin et la gratuité des remedes. Le Conssil général, a dit M. Lunier, veillera à ce que cette réforme tant souhaitée soit toujours à l'étnde, et de tout son pouvoir il en hâtera la réalisation.

A M. le docteur Bucquoy était échue la tâche ingrate de dépouiller les rapports des sociétés locales consultées touchant l'opportunité d'adopter le vœu de M. Surmay (de Ham) sur les rapports des médecins avec les sociétés ds secours mutuels.

M. Surmay, on se le rappslle, trouvait humiliante la situation du médecin forcé de faire des visites au rabais et de subir les exigences de clients d'autant plus grandes que les émoluments sont plus faibles. M. Surmay demandait une rnpture complèts avec les sociétés de secours mutuels; à l'avenir les médecins ns devaisnt conclure aucun arrangement avec de semblables corporations; ils ne considéreraient les membres de ces sociétés que comme de simples clients; de plus, les médecins s'engageraient d'honneur à observsr la conduite ainsi arrêtée.

La première partie de ce vœu fut, l'an dernier, prise en considération par l'assemblée générale; l'étude en fut renvoyée à toutes les sociétés locales, et on nomma pour dépouiller toutes les discussions et tous les votes de ces sociétés une commission prise dans le sein du Conseil général et composée de MM. Vanesson, Martineau et Bucquoy.

M. Bucquoy s'étonne que les Sociétés n'aient pas toutes adopté les conclnsions d'un très complet rapport fait par M. Davains en 1862, ou encore cellss d'un rapport postérisur de M. le docteur Burdel (de Vierzon). M. Davains regardait les sociétés de secours comme des individualités avec lesquelles le médecin était libre de discuter les prix; le médecin devait s'entendre avec elles, leur rsfuser son concours s'il le trouvait trop onéreux. M. Davaine ajoutait que chaque médecin était libre ou de rompre avec les sociétés ou d'accepter leurs conditions, quels que fussent d'ailleurs les ssntiments ou les décisions des autres confrères; il ne voulait, en un mot, aucune grèvs médicale.

M. Bucquoy ne pense pas que la question diffère aujourd'hui de ce qu'elle était il y a vingt ans. Malheureusement la solution d'un pareil problème lui paraît très difficile, comme à nous, en présence de cette concurrence du médecin qui, au début de sa carrière, se contsnte souvent des maigres honoraires que lui font les sociétés de secours. Demander l'engagement d'honneur à tous les médecins d'une ville de ne pas traiter avec ces sociétés, c'sst demander l'impossible, l'intérêt personnel dominant ici la question de dignité. Pourquoi voiton de telles sociétés et aussi des administrations mettre leurs services à des prix illusoires? c'est que pour dix places à distribner il y a trente médecins postnlants. Le caractère français est ainsi; le goût exagéré des sitnations officielles pénètre dans le corps médical aussi bien qus dans les antres classes on professions. Pourquoi les sociétés de secours, pourquoi les administrations diverses reléveraient-elles nos honoraires? Attendons qu'elles viennent à nons an lien d'aller à elles et nous serons alors maîtres d'imposer nos conditions.

Sur quarante-huit sociétés locales qui seules ont envoyé au Conseil général leurs délibérations concernant le vœu Surmay, vingt-trois l'ont repoussé, onze se sont déclarêss incapables de résoudre la question; un petit nombre seul adopte le vœn. On en trouve parmi les premières beaucoup qui considèrent l'engagement d'honneur dsmandé comme une atteinte à la liberté du médecin, le refus de traiter avec les Sociétés comme un moyen de détruire d'utiles institutions, la rémunération si minime qu'elles accordent au médecin comme trés acceptable et point du tout humiliante.

Le Conseil général, par l'organe de M. Bucquoy, considérant que la plupart des sociétés ds seconrs ont de bons rapports avec les médecins, qu'une rupture serait préjudiciable aux premières et aux seconds, qu'il y a lieu, d'ailleurs, de laisser à chacun sa liberté, qu'enfin le plus grand nombre des sociétés consultées ont repoussé le vœu de M. Surmay, le Conseil général, disons-nous, a proposé de passer à l'ordre du jour, et l'ordre du jour a été voté.

M. Brun est venu ensuite faire un rapport bourré de chiffres pour reponsser un projet d'assurances mutuelles proposé par M. Bigourdan.

La conclusion de M. Brun est qu'une Société fondée sans capitaux, ss mouvant dans les limites rsstreintss d'une catégorie nnique d'assurés, fournirait à ceux-ci une retraite insuffisante, si même des circonstances faciles à prévoir n'empêchaient pas le succés de cette œuvre.

La caisse des retraites pour la vieillesse, les sociétés d'assurances existantes accordent au médecin des conditions très avantageuses, et, de plus, ce sont des institutions solides, dont le fonctionnemsnt et la fortune sont à l'abri ds tout accident.

L'assemblée s'est rangée à l'avis de M. Brun.

L'an dernier un honorable médecin des Ardennes avait demandé que l'Association intervînt pour empêcher les médecins belges et luxembourgeois de venir exercer sur la frontière française. Le Conseil général, saisi du vœu, a confié le rapport sur la question à M. Vanesson, qui croit que le plus sûr moyen d'interdire aux médecins étrangers l'entrée de notre territoire, c'est d'abolir la convention conclus en 1880 entre la France et les deux États dont il s'agit. Or pour cette solution délicate, vu la date récente de la convention, l'Association est impuissante. M. Vanesson conseille aux médecins français intéressés de pétitionner, ds faire appuyer leur pétition par les députés des départements lésés; le Conseil général, de son côté, joindra ses efforts à ceux qui seront faits par ailleurs.

Telles sont les diverses questions traitées, ou plutôt posées, dans la séance du 17. On voit à leur importance que ce n'sst pas en trois heures qu'on peut leur faire subir l'épreuve d'une discussion sérieuse et féconds. L'impression des différents rapports lus lundi aurait facilité, au contraire, cette discussion. Aussi donnons-nous notre approbation au vœu de MM. Thomas et Pamard, que nous avons rapporté au début de cet article.

Comme si ce n'était pas assez d'avoir brassé toute cette

besogne, un délégué n'est-il pas venu se plaindre de la concurrence faite au médecin par les clients qui se servent d'une ordonnance déposée chez le pharmacien, pour continuer leur traitement sans consulter de nouveau. Il voudrait que le pharmacien fût obligé de rendre l'ordonnance et de ne délivrer le remède que sur le vu d'une nouvelle formule.

J'admets que l'Association générale défende les intérêts de ses adhérents, si ces intérêts sont respectables; mais ici ce serait une protection par trop ridicule, et puis, poursuivre pour exercice illégal le malade lui-même, ce serait un comble.

Dr C. DELVAILLE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU PASSAGE RAPIDE A L'ÉTAT AIGU DES COXALGIES A MARCHE LENTE.

Leçon de M. le professeur VERNEUIL à la Pitié, recueillie par M. E. REGNAULT, externe du service, et revue par le professeur.

Messieurs,

Il était récemment question à la Société de chirurgie de la reproduction inattendue des attitudes vicieuses de la coxalgie dans des cas qu'on pouvait croire définitivement guéris. J'attribuais ces récidives apparentes à l'action de certains muscles respectés par l'affection première et à la déchéance de certains autres muscles plus ou moins paralysés à la suite de l'arthropathie et incapables dès lors de s'opposer à la contraction ou à la contracture des premiers, leurs antagonistes.

Dans les cas auxquels il était fait allusion devant la savante Compagnie, la déviation secondaire s'était faite lentement, silencieusement, sans réaction fébrile et sans douleur, de sorte qu'on ne pouvait attribuer à une recrudescence de l'arthrite primitive la nouvelle action musculaire morbide.

Je veux aujourd'hui fixer votre attention sur des faits différents. Ici l'action musculaire agit brusquement et violemment; en quelques jours, on pourrait presque dire en quelques heures, elle métamorphose une coxalgie à allures jusque-là bénignes en une sorte d'arthrite aiguë, à douleurs violentes et à déformation extrême.

La chose n'est pas très rare; elle impose une grande circonspection quand il s'agit d'établir le pronostic dans cette coxalgie indolente incomplètement traitée, imparfaitement guérie, permettant la station et la marche modérée, et que pour cela on croit pouvoir abandonner à elle-même ou traiter par la thérapeutique banale.

Un beau jour, avec ou sans cause connue, à la suite d'une contusion, d'un effort, d'un refroidissement ou d'une maladie intercurrente, le coup de foudre éclate et le tableau change à vue d'œil. Les souffrances surgissent fort intenses, accompagnées de déviation considérable du membre et d'une impotence fonctionnelle absolue; les malades sont obligés de s'aliter, non seulement à cause des douleurs, mais en raison des phénomènes de réaction fébrile qui se mettent souvent de la partie.

C'est après un temps très variable, depuis quelques semaines et quelques mois jusqu'à deux ou trois années, que peut se faire la transformation susdite. Quand on a suivi la marche de l'affection pendant la phase de bénignité, on n'est point surpris du changement puisqu'on peut le prévoir et avertir de son imminence les parents ou les malades eux-mêmes; quand, au contraire, on n'a pas vu les débuts de l'arthropathie et qu'on est mal renseigné par les patients ou leur entourage, il peut être fort difficile de diagnostiquer exactement l'état anatomique de la jointure et la phase réelle de l'arthropathie. Nous avons actuellement sous les yeux deux cas de ce genre dont voici le récit :

OBS. I. — COXALGIE SUBAIGUE DEPUIS DEUX ANS; CONTRACTURE MUSCULAIRE INTERCURRENTE; AGGRAVATION SUBITE; DÉFORMATION SIMULANT LA LUXATION COMPLÈTE. — CHLOROFORMISATION. — CORRECTION FACILE DE L'ATTITUDE VICIEUSE.

Mad. X..., quarante-trois ans, journalière, née à Plaisance (Italie), et parlant à peine le français, ce qui rend l'interrogation longue et malaisée, a quitté son pays il y a quelques années pour venir travailler à Paris, où elle gagne misérablement sa vie, se nourrissant mal et habitant un logement malsain. Aussi, bien que n'ayant présenté dans son enfance aucun signe de scrofule, elle fut atteinte il y a quatre ans d'abcès froids cervicaux qui ont laissé des traces indélébiles et caractéristiques.

Il y a deux ans, X...commença à boiter du membre gauche, mais sans grande souffrance, car elle ne prit point le lit et continua à marcher dans la maison et à s'occuper un peu des soins de son ménage. Tout à coup, il y a quelques jours, sans cause connue, si ce n'est peut-être un refroidissement, elle ressentit dans la hanche gauche des douleurs violentes qui la forcèrent à entrer à l'hôpital.

Le 6 janvier, douze jours après l'invasion des accidents, nous la trouvâmes dans l'état suivant :

C'est une femme brune, pâle, maigre, dont l'attitude et le visage expriment la lassitude et la souffrance; elle est couchée sur le dos et sur le côté droit, le membre sain étendu, le membre affecté dans une position caractéristique : Flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin, adduction portée à ses dernières limites, rotation en dedans correspondante; le genou du côté malade repose sur la cuisse du côté sain au niveau de son tiers inférieur; la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse; le bassin est oblique, l'épine iliaque antéro-supérieure présente une ascension de deux travers de doigt; le pli de l'aine est très profond, le grand trochanter fort proéminent en dehors.

La malade pousse des cris affreux dès qu'on veut imprimer quelques mouvements au membre; elle se plaint également beaucoup quand on explore directement la région articulaire qui cependant n'est pas notablement tuméfiée ni déformée autrement que par le fait de la position forcée prise par le fémur. On ne constate autour du grand trochanter saillant ni rougeur, ni œdème, ni exagération de la température locale appréciable à la main.

Le diagnostic de coxalgie n'est pas difficile à porter, mais il est plus malaisé d'apprécier l'état des parties articulaires. Le raccourcissement apparent est indéniable, puisque l'épine iliaque de ce côté est beaucoup plus élevé que l'autre, et que la cuisse est en flexion permanente avec adduction forcée sur le bassin; mais comme il est impossible d'étendre le membre malade et de le placer dans une situation symétrique avec celui du côté sain, il est beaucoup plus difficile de reconnaître rigoureusement le rapport de la tête du fémur avec la cavité cotyloïde. Heureusement, si vicieuse que soit l'attitude de la cuisse, la flexion à angle droit permet précisément la recherche de la ligne Burrow-Nélaton-Roser (1). Or, je constate de la manière la plus évidente que le

(1) Suivant les pays, on attribue à l'un des trois chirurgiens cités, la découverte de la ligne ilio-trochantéro-ischiatique comme moyen d'apprécier exactement la situation de l'extrémité supérieure du fémur. Je n'ai pas à vider ici ce point d'histoire Cette petite recherche tentera peut-être un jeune bibliophile.

sommet du grand trochanter dépasse de deux centimètres environ la ligne ilio-ischiatique, ce qui permet de conclure sans hésitation à une ascension du fémur en totalité.

Restait à préciser la cause anatomique de cette ascension. S'agissait-il d'un déplacement lent, d'une usure de la cavité cotyloïde ou de la tête fémorale comme cela s'observe dans les coxalgies scrofuleuses à marche lente? S'agissait-il d'une vraie luxation pathologique comme j'en ai observé déjà un certain nombre de cas, luxation se produisant brusquement à la suite de douleurs très vives et par le mécanisme indiqué par J.-L. Petit et Parise, c'est-à-dire avec hydarthrose préparatoire? Avions-nous affaire enfin à un spasme musculaire surajouté à une ancienne arthrite subaiguë?

Mes doutes étaient grands, car les altérations osseuses ne se montrent que dans des cas de coxalgies passées à l'état chronique, mais jadis aiguës et ayant longtemps condamné les malades au repos. Fréquemment ces altérations produisent des abcès ossifluents. Or, la malade n'avait jamais, paraît-il, cessé de marcher tant bien que mal et jamais elle n'avait eu d'abcès.

L'hypothèse d'une luxation récente subitement produite n'était pas acceptable, car cette terminaison, d'ailleurs rare, ne s'observe d'ordinaire que dans les coxalgies rhumatismales et s'accompagne d'un cortège de phénomènes locaux inflammatoires intenses, ce qui n'était pas le cas.

Une troisième hypothèse me traversait l'esprit. S'agissait-il là tout simplement d'une vieille coxalgie avec déplacement, ankylose ancienne et inflammation aiguë de date récente? En ce cas, il ne fallait plus accepter le dire de la patiente, qui prétendait marcher assez bien auparavant, car l'attitude du membre, en l'absence même de toute douleur, aurait certainement rendu la progression impraticable.

Le soupçon de la supercherie était confirmé par l'état de la région articulaire qui, comme je l'ai déjà dit, n'offrait aucune trace de phlogose récente.

En présence de ces incertitudes du diagnostic, il n'y avait qu'un parti à prendre : supprimer l'action musculaire par le sommeil chloroformique pour apprécier exactement les causes de l'attitude vicieuse. Le diagnostic porté, rien n'était plus aisé que la détermination des indications thérapeutiques.

Si on trouvait une ankylose ancienne, on s'efforcerait de la rompre et de ramener les deux membres à une position aussi symétrique que possible.

Si la résistance semblait trop grande, on laisserait les choses en l'état ou l'on s'arrêterait en route, quitte à y revenir ultérieurement.

S'il s'agissait d'une luxation pathologique récente, on pourrait la réduire, comme je l'ai fait une fois avec un succès complet.

Si enfin l'élément musculaire jouait le rôle prédominant dans la crise, l'intervention serait à la fois très innocente et très efficace.

Comme dans toutes les éventualités, il convenait toujours d'immobiliser le membre après les manipulations faibles ou fortes exercées sur l'articulation, une gouttière de Bonnet bien capitonnée était prête à recevoir la patiente.

La malade apportée à l'amphithéâtre est soumise à l'action du chloroforme; en quelques minutes elle est plongée dans la résolution complète. Avant même que ce résultat soit atteint, on voit l'attitude vicieuse se corriger d'elle-même; la flexion de la cuisse cesse ainsi que l'adduction forcée; il me suffit de saisir le membre avec ma seule main gauche pour le placer parallèlement au membre sain. L'inclinaison du bassin elle-même se corrige à première réquisition, d'où la disparition de cette cause de raccourcissement apparent.

Toutefois, nous constatons que l'ascension du grand trochanter persiste et que le sommet de cette apophyse, comme pendant la veille, dépasse de près de deux centimètres la ligne ilio-ischiatique. Aussi le raccourcissement réel dû à cet élément est-il indéniable. Toutefois l'hypothèse d'une luxation pathologique n'est plus soutenable, et force est de se rabattre sur ces déformations de la tête fémorale ou du cotyle qu'il est commun d'observer dans les coxalgies scrofuleuses, à la vérité avec abcès ossifluents ordinaires, sans toutefois que cette terminaison soit obligatoire.

En résumé, voici comment on peut reconstituer cette histoire pathologique. Une femme de faible complexion, souffrant de la misère dans un pays relativement chaud et sain, vient à Paris, où elle retrouve à peu près la même misère, moins le soleil et la température clémente. Elle est atteinte bientôt de manifestations superficielles de la scrofule; écronelles cutanées et abcès ganglionnaires cervicaux.

Deux ans plus tard, la diathèse s'empare d'une articulation. Une coxalgie survient, torpide en quelque sorte, déterminant pour tout symptôme une douleur et une claudication peu graves, puisqu'elles ne forcent point la patiente à garder le lit. La déviation du membre existait sans doute, car elle accompagne inévitablement la coxalgie, mais elle n'était pas excessive puisque la marche et la station étaient et avaient été toujours possibles. Nonobstant, les surfaces articulaires s'altèrent, se déforment, et le fémur monte de près de deux centimètres sur l'os iliaque. Ce travail, bien entendu, se fait peu à peu, sans que l'on puisse savoir comment il a commencé et où il s'arrêtera.

Un jour, les muscles qui s'étaient bornés vraisemblablement à immobiliser les surfaces diarthrodiales et à atténuer ainsi les souffrances, les muscles, dis-je, se contracturent rapidement et violemment, le spasme porte non point sur les fessiers qui sont pris d'ordinaire dans les premières phases de la coxalgie, mais sur les fléchisseurs, adducteurs, rotateurs en dedans, qui sont les agents habituels des attitudes vicieuses de la seconde période de la coxalgie.

La contracture de ces muscles est telle qu'on pourrait croire à une luxation de la cuisse à cause de la position prise par le fémur ou à une ankylose en raison de l'impossibilité d'imprimer au membre le plus petit mouvement.

Une douleur violente occupe la région de la hanche et cependant on ne trouve point là les indices d'une inflammation articulaire; cette douleur cesse très peu de temps après le redressement de la cuisse.

Aujourd'hui, il existe encore une arthrite assez intense qui siège dans le nouveau cotyle occupé par la tête fémorale et qui tend à s'aggraver. Il serait bien heureux que l'inflammation de cette articulation, désormais en bonne attitude, puisse y amener une ankylose vraie ou fausse, mais en tout cas assez solide pour empêcher tout retour de la mobilité.

Malheureusement, ce résultat sera bien difficile à obtenir en raison de l'âge et de la constitution mauvaise de la malade. Il est probable que l'inflammation passera, puis restera à l'état chronique, si même il ne se forme point de suppuration.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

I. ÉROSION DE L'ARTÈRE INOMINÉE CONSÉCUTIVE A UNE INFECTION DIPHTÉRITIQUE DE LA PLAIE DANS UN CAS DE TRACHÉOTOMIE, par GNANDINGER (1). — II. PERFORATION DE LA CAROTIDE COMMUNE CONSÉCUTIVE A UN ABCÈS RÉTROPHARYNGÉ;

(1) WIENER MEDIC. BLAETTER, n° 47, 1881.

MORT PAR HÉMORRAGIE, par le professeur BOKAI (1). — III. HÉMORRAGIE PAR LE CONDUIT AUDITIF INTERNE CONSÉCUTIVE A UNE ÉROSION DE LA CAROTIDE INTERNE, par N. SOKOLOWSKY (2). — IV. EROSION DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE A LA SUITE D'UNE CARIE DU ROCHER, par HESSLER (3).

GNANDIGER rapporte l'observation d'un jeune garçon de neuf ans qui, onze jours après une trachéotomie réclamée par une laryngite diphtéritique, fut pris d'une hémorragie mortelle. L'autopsie démontra que l'hémorragie tirait sa source d'une perforation double du tronc inominé. Les deux orifices de perforation avaient les dimensions de grains de pavot; tout à l'entour la paroi du vaisseau avait une teinte verdâtre. L'érosion du tronc artériel était la conséquence d'une extension des lésions diphtéritiques, et non celle d'une compression du vaisseau par la canule, comme c'était le cas dans des observations antérieures de même nature. La trachéotomie n'avait eu d'ailleurs d'autre complication qu'une légère hémorragie tarie sans difficulté.

— BOKAI, dans un intéressant travail sur les abcès rétropharyngés chez les enfants, relate l'observation d'un garçon de quatre ans, admis à l'hôpital avec une tuméfaction peu considérable de la face et des membres. En l'absence de toute disquamation, il paraissait impossible de rattacher l'anasarque à une scarlatine antérieure. La muqueuse de l'arrière-gorge était rouge et tuméfiée, avec saillie légère de la paroi latérale gauche. Respiration difficile et accélérée. Le lendemain, T. 40°,2. Respiration soufflante, matité au niveau des lobes moyen et supérieur à droite. On diagnostiqua une pleuro-pneumonie avec lymphadénite rétropharyngée gauche. Dans la nuit, l'enfant vomit environ 380 grammes de sang. L'hématémèse se répéta le lendemain matin et la mort s'ensuivit. L'autopsie démontra que l'hémorragie provenait d'une perforation de la carotide commune, dans le voisinage de laquelle se trouvait un foyer de pus du volume d'une noisette. Comme il n'y avait ni esquille ni carie osseuse qui pût rendre compte de l'érosion du vaisseau, il ne restait plus qu'une hypothèse à émettre : la suppuration avait eu sans doute son point de départ dans la tunique adventice du vaisseau érodé, et avait entraîné à sa suite une mortification de la portion correspondante de la paroi vasculaire.

— SOKOLOWSKI raconte qu'un jeune soldat très robuste entra à l'hôpital en proie à la fièvre et à une violente céphalalgie. Il avait en outre un écoulement par le conduit auditif externe ; le tympan était crevé et la perception des sons complètement abolie. On lui fit, dans l'oreille, des injections avec une solution de sulfate de zinc, et pour couper des accès de fièvre qui affectaient le type intermittent tierce, on lui prescrivit du sulfate de quinine. La fièvre céda, mais non la céphalalgie. Au vingt-deuxième jour, il se fit par le conduit auditif externe une hémorragie abondante, qu'on arrêta à l'aide du tamponnement. On prescrivit en outre de l'ergot de seigle à l'intérieur, des applications froides et le repos absolu. Le malade repoussa la ligature de la carotide interne, qu'on lui proposait comme moyen de guérison. Malgré qu'on comprimât ce vaisseau, l'écoulement de sang par le conduit auditif se répéta quotidiennement, et le malade succomba le douzième jour après la première hémorrhagie.

(1) JAHRBUCH FÜR KINDERHEILKUNDE, t. XVII, p. 209, 1881.
(2) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, n° 4, 1881.
(3) ARCHIV FÜR OHRENHEILKUNDE, t. XVIII, p. 1, 1881.

AUTOPSIE. — Dans la fosse cérébrale moyenne, à gauche, la dure-mère était amincie, d'une teinte bleuâtre. La cavité tympanique était fortement distendue par un liquide semblable à du goudron ; ses parois étaient dépouillées de leur revêtement périostique et rugueuses ; elles retenaient en un certain point un petit séquestre. La carotide interne communiquait avec cette cavité par une déchirure de trois quarts de centimètre de longueur. On ne découvrait pas de traces des osselets et du tympan.

L'auteur pense que le point de départ des accidents se trouvait être dans l'action corrosive de quelque liquide imprudemment introduit dans l'oreille du patient au début de son otorrhée.

—A propos d'un cas d'érosion de la carotide interne, déterminée par une carie du rocher, HESSLER a colligé des faits du même genre épars dans la littérature médicale, au nombre de dix-neuf, en comptant l'observation qui lui est personnelle. Treize fois l'autopsie démontra que la mort avait eu pour cause une hémorragie par la carotide ; dans les autres cas, la chose pouvait être considérée comme extrêmement vraisemblable. De l'analyse des faits en question, il résulte que l'hémorragie éclate d'habitude avec brusquerie, sans douleur, sans être précédée de quintes de toux, parfois en plein sommeil. Le jet de sang est rutilant; ses alternatives sont isochrones aux battements du pouls artériel. Le sang jaillit par le conduit auditif et aussi par la bouche et le nez, à travers la trompe de Fallope, lorsque l'hémorragie est abondante. Quand elle est peu considérable, l'hémorragie peut s'arrêter spontanément, ou sous l'influence d'un simple tamponnement du conduit auditif; dans le cas contraire, il faut recourir à la compression digitale prolongée de l'artère carotide commune et même à la ligature de ce vaisseau, car les récidives sont constantes. Leur nombre a varié de 2 à 12 dans les faits relevés par l'auteur, et la durée de chaque hémorragie de 4 à 10 minutes. Dans un cas, l'hémorragie dura sept heures et la quantité de sang perdue s'éleva à 800 grammes. Dans trois cas où l'on eût recours à la ligature de la carotide commune, la mort survint une fois au bout de vingt jours, une autre fois au bout de vingt-quatre jours, et la troisième fois deux mois et dix jours après la première hémorragie. (Résultat peu encourageant.)

L'auteur a joint à sa communication trois observations d'oblitération complète du canal carotidien. Dans les trois cas, la carotide interne était entourée de pus et mise à nue par les ravages de la carie osseuse, sans qu'elle eût été le siège d'une hémorragie du vivant des malades.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Un cas de hourdonnements d'oreille occasionnés par une dilatation anévrysmale de l'artère auriculaire postérieure, par J. HERZOG (MONATOSCHRIFT FUR OHRENHEILKUNDE, numéro 8, 1881).

Exposé historique et critique de l'étude des ligatures vasculaires, par GREIFENBERGER (ZEITSCHRIFT FUR CHIRURGIE, t. XXVI, p. 111 et 285, 1882).

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1882. — Présidence de M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique consulte l'Académie sur la question de savoir pendant combien de temps un élève atteint d'une maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades. Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. H. Roger, Bergeron et Hillairet.

— M. POLAILLON présente, au nom de M. Ladreit de la Charrière, l'article *Maladies de l'oreille*, extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. Léon LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Cazin (de Berck-sur-Mer), un appareil-lit pour les malades atteints de coxalgie.

M. DURAND-FARDEL offre en hommage le rapport qu'il a fait à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 8 avril 1882, au nom d'une commission composée de MM. Christian, Lutaud, Rougon, Thorens et Durand-Fardel, rapporteur, sous le titre suivant : *Observations sur la circulaire de M. le préfet de la Seine concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de quatre mois.*

M. BLANCHE présente, au nom de M. Frédéric Bateman, médecin consultant de l'asile des idiots des comtés est à Colehester, une brochure intitulée : *L'idiot, sa place dans la création et son rôle dans la société.*

— M. DURAND-FARDEL donne lecture d'un travail intitulé : *Dans quel esprit il faut étudier les diathèses.* Voici le résumé de ce travail :

« Les conditions qui paraissent propres à modifier la constitution normale de l'organisme humain sont de deux ordres : l'*hérédité* et les *circonstances hygiéniques*.

Il en résulte des influences innombrables par leurs combinaisons comme par leurs degrés respectifs d'intensité, régulières ou désordonnées, salutaires ou nuisibles, se mêlant dans un sens identique ou contraire, s'annihilant ou se favorisant.

Il est souvent possible de les distinguer et de les déterminer. Mais il est beaucoup plus souvent encore impossible de se retrouver dans le dédale de l'hérédité ou dans la confusion des circonstances hygiéniques.

Les organismes diffèrent entre eux aussi bien que diffèrent les traits du visage. On peut cependant saisir parmi eux des types, lesquels, à l'état purement physiologique, répondent aux *tempéraments*, établis eux-mêmes sur le mode de telle ou telle fonction, ou de tel ou tel appareil d'organes.

Ces modes divers peuvent s'accentuer de manière à ce que le juste équilibre qui maintient en harmonie les éléments complexes de l'organisme vienne à se rompre, de là naissent les *états constitutionnels* qui ne sont pas encore la maladie, mais qui ne sont plus la santé parfaite, qui n'engendrent pas la maladie, mais impriment à celle-ci, comme aux indications thérapeutiques, des caractères particuliers.

Un degré de plus, ce sera la maladie, c'est-à-dire la *diathèse*, latente peut-être, mais effective, toujours prête à éclater ; ici la maladie existe *de se*, elle se manifeste d'emblée par des symptômes propres.

Le passage du tempérament à l'état constitutionnel et de celui-ci à la diathèse est insensible : leurs caractères ne le sont pas si on les prend dans leur état achevé, mais ils le sont si on cherche à les saisir dans leur transition réciproque.

Chacun donc se porte bien à sa manière, et est malade à sa manière, et ressent à sa manière les atteintes que les agents extérieurs lui font subir à titre pathologique ou traumatique, ou encore les troubles dont les causes extérieures nous échappent et qui semblent procéder d'une action spontanée.

Les états constitutionnels et les états diathésiques admis dans la nosologie correspondent à certains types tranchés, dont la détermination peut être légitime, mais qui laissent en dehors une foule d'états constitutionnels ou diathésiques que l'on n'y rattache que par une pure convention, et faute de savoir leur assigner une autre étiquette.

Les diathèses et les états constitutionnels doivent être étudiés, non avec l'idée de les faire rentrer systématiquement dans les cadres étroits de la nosologie classique, mais, au contraire, avec l'idée d'arriver, par une analyse plus critique et plus complète, à déterminer les modalités bien plus nombreuses qui président à la genèse et à l'entretien des maladies chroniques.

— M. MARJOLIN lit un travail intitulé : *Urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les hôpitaux d'enfants et le dépôt des Enfants-Assistés.*

Remonter aux causes du mal, quel qu'il soit, c'est se mettre sur la voie de rencontrer le remède.

Après avoir rappelé que le corps médical compte un grand nombre de victimes parmi les élèves des hôpitaux, entre autres Cossy, Clausel, de Boyer, Herbelin, Carrette, etc., atteints d'affections contagieuses, et particulièrement du croup, M. Marjolin fait observer que l'auréole de gloire qui entoure de pareils morts peut apporter quelque adoucissement au désespoir des familles ; mais quelle consolation peut-on donner à ces malheureuses mères qui nous confient leurs enfants pleins de santé ou n'ayant qu'une affection légère et que nous leur rendons atteints d'affections contagieuses, souvent mortelles. Le dépôt des Enfants-Assistés a une si triste réputation que beaucoup de parents refusent d'entrer à l'hôpital plutôt que d'envoyer leurs enfants dans cette maison.

Comme l'expérience a démontré qu'il suffisait d'isoler les malades atteints d'affections contagieuses pour s'opposer à leur extension et diminuer le chiffre de la mortalité, il ne faudrait pas attendre plus longtemps pour généraliser cette mesure, surtout dans les hôpitaux d'enfants. A l'appui de cette opinion, M. Marjolin, entre autres faits désastreux, rapporte l'histoire d'une jeune femme qui, obligée d'entrer à l'hôpital, a dû confier trois enfants bien portants au dépôt des Enfants-Assistés. Or ces trois enfants sont morts d'affections contagieuses contractées à ce dépôt.

En très peu d'années, M. Marjolin a été à même de constater une quantité considérable d'ophthalmies purulentes ou granuleuses contractées au dépôt.

Ces faits sont malheureusement des plus fréquents au dépôt des enfants, où sont journellement conduits des enfants très valides, lesquels y contractent le germe des affections contagieuses les plus graves qu'ils transportent ensuite dans leurs familles, quand ils n'ont pas succombé à l'hôpital.

M. Marjolin prie l'Académie de vouloir bien user de toute son influence pour faire adopter, notamment au dépôt et dans les divers services d'enfants, des précautions qui les mettent à l'abri des maladies meurtrières.

Il a pensé que c'était le moment d'appeler l'attention de l'Académie sur l'urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses dans tous les hôpitaux et surtout dans les établissements consacrés à l'enfance.

M. MOUTARD-MARTIN, au nom du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, remercie M. Marjolin de la communication qu'il vient de faire à l'Académie. Il déclare que l'on ne saurait trop demander la séparation complète des enfants envoyés au dépôt de l'hospice des Enfants-Assistés. Cet hôpital reçoit des enfants malades venus du dehors et qui deviennent des agents de contagion pour les enfants bien portants pour lesquels la création d'une maison spéciale, située dans un endroit éloigné de Paris, est indispensable.

M. LÉON LE FORT, à l'appui de ce que vient de dire M. Marjolin au sujet des hôpitaux d'enfants malades, déclare qu'en France l'isolement des maladies contagieuses n'existe pour ainsi dire pas. A ce point de vue, nous qui avons souvent la prétention de mar-

cher à la tête du progrès, nous pourrions prendre des leçons des pays étrangers. Ainsi, il existe en Russie, à Saint-Pétersbourg, depuis des années, un hôpital modèle, où les conditions les plus parfaites de l'isolement des maladies contagieuses ont été réalisées.

Le gouvernement russe, à l'encontre de ce qui se passe en France, où les médecins ne sont jamais consultés quand il s'agit de la construction et de l'installation des hôpitaux, le gouvernement russe a chargé un médecin, le docteur Kauchfuss, de voyager en Europe pendant deux ans, de se renseigner et de présenter un plan de construction d'un hôpital modèle pour l'isolement des maladies contagieuses, qui porte le nom d'*hôpital du grand-duc d'Oldenbourg*. M. Le Fort a visité cet hôpital, et il a constaté par lui-même la direction très intelligente qui a présidé à la construction de cet établissement. La disposition architecturale en est telle qu'aucune communication n'est possible entre les divers services spéciaux de la diphtérie, de la rougeole, de la scarlatine, etc On y a établi également un service d'observation où sont reçus les malades qui ont la fièvre et d'où, lorsque la maladie est déclarée, on les dirige chacun dans le service spécial qui est en rapport avec la nature de la maladie

L'hôpital est formé d'un bâtiment unique, et cependant, grâce à une disposition des plus ingénieuses des escaliers, les diverses sections ou services spéciaux sont absolument séparés. Le médecin en chef de l'hôpital a seul le droit de parcourir les différentes sections en prenant les précautions les plus minutieuses quand il passe d'une section dans une autre.

Le personnel d'un service n'a aucune communication avec celui des autres services; le médecin du service de la rougeole ne peut communiquer avec celui de la dipthérie, et réciproquement.

Il existe également à Moscou un magnifique hôpital des enfants, à pavillons isolés, admirablement approprié à l'isolement des maladies contagieuses, mais qui ne saurait être donné pour modèle à cause des dépenses excessives que nécessiterait, pour l'achat des terrains et la construction des bâtiments, la création d'un hôpital de ce genre.

On voit donc que ce que nous ne cessons de demander depuis longtemps en France, et en vain, a été réalisé en Russie, pays où, d'ailleurs, il est juste de le reconnaître, existent les meilleurs hôpitaux qui soient au monde.

M. Guéniot déclare qu'il s'associe pleinement aux conclusions de M. Marjolin relativement à l'urgence qu'il y a de réaliser la séparation complète des diverses sections des maladies contagieuses, principalement dans les hôpitaux d'enfants.

Toutefois, en ce qui concerne l'ophthalmie purulente, M. Guéniot déclare que les critiques de M. Marjolin, du moins à l'égard de l'hôpital des Enfants-Assistés, s'adressent à une époque antérieure au moins de sept ou huit ans à l'époque actuelle. Depuis 1875, en particulier, des améliorations considérables ont été réalisées par l'administration dans cet hôpital, si bien qu'aujourd'hui l'ophthalmie purulente est considérée comme ayant été presque complètement supprimée du service où sont reçus les enfants sains. On a supprimé le baquet commun où tous les enfants sains ou malades se lavaient.

D'autres améliorations non moins importantes y ont été également réalisées, notamment en ce qui concerne les nouveau-nés, qui sont tous pourvus aujourd'hui d'une nourrice particulière et dont la mortalité a beaucoup diminué, grâce à cette augmentation du nombre des nourrices et à la suppression du biberon, cause la plus active de la mortalité de ces enfants.

On y a établi, enfin, une nourricerie animale, pour les enfants syphilitiques, qui paraît donner d'assez bons résultats.

M. Béclard dit que la nourricerie dont vient de parler M. Guéniot et qui était d'abord composée de chèvres, est aujourd'hui une nourricerie d'ânesses, dont le lait est bien supérieur au lait de chèvres et donne de bien meilleurs résultats.

M. Moutard-Martin demande que le travail de M. Marjolin soit renvoyé à M. le ministre de l'intérieur, et exprime le désir que M. Marjolin ajoute à ses conclusions le vœu que l'hospice des Enfants-Assistés ne reçoive plus désormais des malades venus de l'extérieur.

M. Lagneau saisit cette occasion de demander une fois de plus que la statistique des enfants assistés soit complétée. Il a demandé déjà avec M. Bertillon que l'Administration s'occupât de publier une statistique de la mortalité par âge, de manière à ce qu'il fût possible de comparer cette mortalité avec la mortalité générale. M. Lagneau admet avec M. Guéniot que des amélioration importantes ont été introduites dans l'hygiène des enfants assistés; mais il est certain que chez eux la mortalité est encore considérable, bien que, faute de documents précis, on ne puisse en déterminer le chiffre avec exactitude. M. Lagneau est d'accord avec M. Marjolin et ses collègues sur la nécessité et l'urgence de services spéciaux pour les maladies contagieuses. Dans les asiles destinés aux enfants, si une maladie contagieuse se déclare, on ferme l'asile afin d'empêcher la propagation de la maladie et l'on renvoie les enfants dans leurs familles. Le médecin de la famille donne le conseil de les isoler, mais cet isolement est très difficile. Lorsqu'il s'agit d'une maladie bénigne, on est très embarrassé. Envoyer le malade à l'hôpital, c'est l'exposer à y contracter, pour une maladie bénigne, une maladie mortelle. On a vu plus d'une fois un enfant entré à l'hôpital pour une rougeole bénigne, y contracter la diphtérite et mourir. Il faut donc des services spéciaux et distincts pour les maladies contagieuses.

Si l'on compare, comme l'a fait M. Janssens à Bruxelles, la mortalité de certaines affections contagieuses relativement bénignes dans la clientèle privée, comme la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, si on compare cette mortalité avec la mortalité de ces mêmes maladies dans les hôpitaux, on est effrayé du chiffre énorme de la mortalité dans ce dernier cas.

M. Bergeron dit qu'il est difficile de concilier le vœu émis par M. Moutard-Martin, de refuser l'entrée de l'hospice des Enfants-Assistés à des enfants malades venus du dehors, avec l'état actuel de l'organisation des hôpitaux d'enfants. Dans ces hôpitaux, il est interdit de recevoir des enfants malades au-dessous de deux ans, privés de leurs mères; où peuvent aller ces enfants s'ils ne sont recueillis à l'hôpital des Enfants-Assistés? Il faudrait donc une organisation nouvelle des hôpitaux d'enfants et que l'on permît l'admission, dans ces hôpitaux, des enfants au-dessous de deux ans, sans mère. Il n'en est pas moins urgent de demander que les enfants envoyés au dépôt des Enfants-Assistés soient placés dans des bâtiments entièrement isolés.

M. Marjolin remercie ceux de ses collègues qui ont bien voulu appuyer ses propositions. Il est vraiment déplorable que les mesures d'isolement réclamées depuis tant d'années par les médecins n'aient pu encore être obtenues, alors qu'elles ont été depuis longtemps réalisées pour les animaux.

M. Bouley : Les animaux sont protégés par l'article 1382 du Code civil qui rend tout propriétaire d'animaux responsable du dommage causé à autrui par le fait de cet animal.

M. le Président : On a proposé de renvoyer le rapport de M. Marjolin à M. le ministre de l'intérieur; je propose, de mon coté, d'ajouter à cet envoi celui de la discussion qui a suivi ce rapport, et je remercie, au nom de l'Académie, M. Marjolin de sa communication.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Farabeuf dépose sur le bureau, de la part de M. Cavalié, une thèse sur les fractures du col de l'omoplate, et en particulier sur la possibilité de ces fractures par arrachement.

— M. Nicaise lit un rapport sur un travail de M. Richelot, intitulé : *De la laryngotomie intercricothyroïdienne*. Dans son travail, M. Richelot insiste sur ce fait que, dans le cas qui fait le sujet de son observation, l'introduction de la canule ne fut possible qu'après l'incision du cricoïde. L'auteur, en outre, considère l'emploi du thermocautère comme inutile dans cette opération. M. Nicaise ajoute une observation qui lui est personnelle et d'après laquelle il croit aussi que l'incision du cricoïde est nécessaire, et il ajoute que M. Krishaber, qui a souvent pratiqué cette opération, n'a pas observé d'altération de la voix consécutive, ni de nécrose des cartilages.

M. Chauvel a eu dernièrement l'occasion de pratiquer cette opération et il s'associe aux remarques de M. Nicaise.

M. Després : Je ferai remarquer que l'incision du cricoïde n'est pas une modification nouvelle à la laryngotomie intercricothyroïdienne : ce procédé est décrit tout au long dans le livre de Boyer, qui est le premier qui l'ait mis en pratique. Ce procédé a été jugé mauvais par les chirurgiens, sauf par Nélaton, qui le pratiquait en réséquant une partie du cricoïde. Cette résection est nécessaire, car je ne crois pas l'incision suffisante. C'est une opération très facile, et bonne dans beaucoup de cas, mais elle est détestable si l'on veut mettre une canule à demeure; en effet, tous les mouvements de déglutition et les efforts de respiration déterminent un frottement douloureux de la canule à l'anneau rigide fermé par le cartilage cricoïde.

M. Verneuil : Mon avis est que cette opération est excellente, très facile à faire, et dépourvue de tous les dangers de la trachéotomie ordinaire; contrairement à ce que dit M. Després, les malades peuvent indéfiniment supporter la canule. J'ai un malade qui, à la suite de cette opération, a conservé pendant un an sa canule, sans éprouver la moindre gêne, et actuellement, j'ai dans mon service un malade qui a subi cette opération, sans résection du cricoïde, et qui supporte très bien sa canule. Dans ce dernier cas, j'aurais reculé devant la trachéotomie ordinaire, car le malade avait un cou énorme, des ganglions volumineux et la trachée aurait, sans doute, été très difficile à trouver. D'un autre côté, il est certain qu'à la suite de laryngites chroniques, la membrane thyroïdienne doit perdre de son étendue et de son extensibilité; aussi doit-on, dans ces cas, éprouver une certaine difficulté à introduire la canule entre les deux cartilages; mais cela est très exceptionnel, et je n'en regarde pas moins la laryngotomie intercricothyroïdienne comme une excellente opération.

M. Farabeuf : D'après mes expériences sur le cadavre, cette opération est très simple et très facile, et si en la pratiquant on incise par mégarde le bord supérieur du cricoïde, c'est un heureux accident qui facilite l'introduction de la canule.

M. Sée : J'ai eu un malade opéré de cette façon qui a gardé sa canule pendant une année sans aucune gêne; du reste, l'opinion de M. Després n'est pas juste quand il dit que c'est le frottement de la canule sur le cricoïde qui est douloureux. En effet, dans les mouvements de déglutition le larynx se soulève en entier, et il ne peut pas y avoir de frottement. Dans un cas, j'ai eu de la peine à introduire la canule, mais cela tenait à ce que la malade avait un gros goître, et le cartilage était complétement ossifié. De plus, je crois qu'il est avantageux de sectionner transversalement la membrane thyroïdienne, au lieu de le faire verticalement; cela facilite l'introduction de la canule.

M. Després : Je crois aussi que c'est une opération facile, mais qui n'est pas applicable à tous les cas; ainsi, pour le croup, je crois qu'il faut faire la trachéotomie ordinaire et la faire le plus bas possible. Je maintiens que toutes les fois qu'on laisse une canule à demeure, il y a des frottements, car la canule est fixée par les lacs qui l'attachent au cou. Quant à moi, je n'ai vu qu'un malade opéré de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, et il ne pouvait supporter sa canule; j'ai dû lui faire la section de son cricoïde.

M. Lannelongue : Quoiqu'en dise M. Després, c'est une opération dont je n'ai qu'à me louer; je l'ai faite plusieurs fois, et j'ai toujours vu les enfants supporter parfaitement la canule; en outre, elle n'offre pas les dangers de la trachéotomie.

M. Pozzi : J'ai vu un malade opéré par M. Krishaber et qui a gardé sa canule pendant huit mois.

M. Nicaise : Je n'ai nullement présenté la section du cricoïde comme une modification nouvelle, comme M. Després a l'air de le penser. Il faut reconnaître que parfois la canule est moins bien tolérée, mais c'est exceptionnel; en outre, je ne crois pas que cette opération puisse remplacer absolument la trachéotomie ordinaire.

Dr Henri Bastard.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE

Tenu les 11, 12 et 13 avril

Suite. — Voir les numéros 15 et 16.

M. le docteur Gustave Drouineau, président de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle, expose, dans une communication très intéressante, ses vues sur l'organisation départementale de la médecine publique. M. Drouineau défend l'idée d'une organisation modelée en quelque sorte sur l'administration préfectorale; et qui, dans chaque département, grouperait et dirigerait les divers services relatifs aux épidémies, aux vaccinations, à l'inspection des enfants assistés, à l'inspection des nourrices et des enfants en bas âge, à l'inspection médicale des écoles, à l'inspection des manufactures, etc. M. le docteur Drouineau ayant publié un travail complet sur cette question d'un intérêt si général (1), nous aurons à revenir prochainement sur ce sujet et nous apprécierons le système proposé par le zélé secrétaire du Conseil d'hygiène de la Charente-Inférieure.

— M. Pinchon décrit une méthode pratique et rapide d'analyse très approximative du lait.

Si l'on prend séparément les différents éléments qui entrent dans la composition du lait, c'est-à-dire une dissolution de lactine et des quelques sels qui l'accompagnent, une solution aqueuse de caséine dans la quantité strictement nécessaire d'alcali, le beurre isolé ou tenu en émulsion, ces corps, soumis à l'action de la chaleur, se dilateront selon leur coefficient de dilatation propre, en raison de la quantité respective des corps dissous : ces coefficients seront loin d'être de même valeur, celui de la matière grasse surtout sera remarquable par son élévation relative.

Si, d'un autre côté, on réunit tous ces éléments en un seul, l'ensemble constituera un mélange dont le coefficient de dilatation sera sensiblement une moyenne proportionnelle des autres. Si on suppose qu'il soit fixé pour un type, il est de toute évidence qu'une soustraction ou une addition d'un des éléments troubleront notablement l'équilibre, et que ce coefficient ne sera plus alors celui fixé. Il sera donc possible de partir d'un point de repère et de chercher la valeur de l'influence de tel ou tel corps présent ou absent sur la dilatation, de noter cette valeur et de la rendre nettement constatable par un instrument sensible.

M. Pinchon choisit un lait qui contient, par litre :

Beurre	42 gr.
Caséine	31 50
Lactine	54

Ce lait laisse un résidu sec pesant 133 grammes, et il a pour densité 1032.

L'instrument dont se sert M. Pinchon est un aéromètre, de Balliog; mais s'il possède, comme tous les densimètres de ce genre, un thermomètre logé dans le flotteur, la graduation de la tige est absolument originale et ne ressemble en rien aux graduations ordi-

(1) *De l'organisation départementale de la médecine publique*, in-8 de 145 pages. Paris, G. Masson, éditeur, 1882.

dinairement tracées : les degrés de la tige ne représentent qu'une relation avec ceux du thermomètre, relation qui fait toute la valeur de l'instrument ; c'est sur elle qu'est basé le jeu général et la conclusion à tirer de la manière dont il se comporte.

Si on plonge le pèse-lait thermique dans un liquide ayant la constitution citée plus haut, après que le mercure du thermomètre ne se dilatera ou contractera plus, le degré de la température sera exactement celui qui sera lu sur la tige au niveau supérieur du liquide, et ce à toutes les températures, depuis 0 jusqu'à 67 ou 70°, limites des divisions. Il y aura concordance absolue, le pèse-lait étant gradué et lesté dans ces vues.

Si l'on cherche à quelle température le lait ci dessus n'aura que la demi-densité, on constatera que c'est à 64 degrés.

Vient-on maintenant à plonger le pèse-lait dans le liquide précédent dont on aura laissé monter la crème pendant vingt-quatre heures et qu'on aura écrémé, la relation exacte entre les degrés n'existera plus ; privé de sa partie la plus légère, le lait a augmenté de densité ; le thermomètre marquera 15 degrés, par exemple, quand la tige n'en accusera que deux ou trois ; si on le chauffe, son coefficient de dilatation n'étant plus le même à cause de la soustraction de la matière grasse, il faudra une température bien plus élevée pour l'amener à sa demi-densité.

Le lait pur n'exigeait que 64° ; il exigera après écrémage 80°, écart énorme, qui, pour un instrument sensible, sera d'un précieux secours. En résumé, pour ce cas, la dilatation sera troublée dans un certain sens.

D'un autre côté, ajoute-t-on au lait type une nouvelle dose de crème, la dilatation sera plus accentuée. A froid, l'aréomètre thermique indiquera 15, par exemple, au thermomètre, et 25, 26, 28 à la tige ; si on le chauffe, la demi-densité sera atteinte bien avant 64 degrés ; la dilatation alors sera troublée dans un sens diamétralement opposé au cas précédent.

Ajoute-t-on de l'eau seulement, on affaiblira la densité, mais les relations entre les doses respectives des éléments se trouvant toujours proportionnelles, quoique affaiblies, la dilatation sera plus faible que dans le premier cas, mais elle sera régulière.

Enfin si l'on écrème plus ou moins le lait, et si, pour ramener le degré normal une addition d'eau est pratiquée, la dilatation profondément troublée dans sa marche ne donnera aucun des résultats cités plus haut, le coefficient sera propre à ce genre de liquide.

Tous ces différents cas ont été étudiés, fixés ; des tableaux et une marche dichotomique de quelques feuillets ont été dressés, qui permettent de déterminer sûrement :

1° La densité absolue rapportée à + 15° ;

2° La pureté ou l'écrémage plus ou moins accentué ;

3° Le mouillage fort ou faible.

— M. le docteur A. Pamard (d'Avignon) nous présente une carte cyclonique pour la station d'Avignon, accompagnée d'une courte notice sur les cyclones conjugués.

Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'obstétrique et de gynécologie précédés d'éléments de pratique obstétricale, par le professeur Pajot. — Paris, H. Lauwereyns, libr.-édit., 1882.

Les divers travaux si remarquables de M. le professeur Pajot restaient jusqu'à ce jour disséminés dans des journaux, des revues, des brochures, et il n'était pas toujours facile de se les procurer pour les consulter, les étudier ; cette difficulté, souvent, n'était pas surmontée par ceux qui ne s'occupent pas d'une manière spéciale des questions obstétricales, et c'était regrettable à tous égards ; ils se trouvent maintenant rassemblés dans le livre qui vient de paraître et qui permet désormais à qui le veut de connaître les opinions du savant professeur dans les questions les plus importantes de l'obstétrique.

L'espace ne nous permet pas de donner l'analyse des divers mémoires ainsi réunis ; le faire, du reste, serait, nous en avons la certitude, tout à fait superflu, car tout le monde voudra lire, sinon relire, ces pages écrites avec la verve et la logique entraînante qui ont valu à l'enseignement de M. le professeur Pajot un éclat et un succès incomparables.

Nous devons cependant mentionner les titres des principaux chapitres. Après les *Eléments de pratique obstétricale*, nous trouvons successivement les matières suivantes : *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse; phénomènes mécaniques du travail ; loi générale du mécanisme des accouchements. Céphalotripsie : de la céphalotripsie répétée sans traction ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes du bassin.—Lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement. — Anesthésie obstétricale.*

A l'appui de sa méthode de céphalotripsie répétée sans traction, le professeur Pajot rapporte sept observations du plus haut intérêt. — Dans la dernière, il s'agissait d'une femme présentant un rétrécissement de 16 millimètres ; en la lisant, on reste convaincu que des circonstances particulières, l'emploi d'un mauvais instrument, furent seuls cause de l'insuccès.

Telle est la première partie du livre. La deuxième est consacrée à la gynécologie. — Elle comprend : *Les fausses routes vaginales, l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité, le catarrhe utéro-vaginal. — Notes sur la stérilité,* — et l'examen critique des traités de M. Courty et de celui de M. Gaillard Thomas.

Pour décider de la stérilité d'une femme, il est de toute nécessité d'examiner le sperme de son mari. L'auteur a noté les résultats de l'examen d'un peu plus de deux cents spermes d'hommes de 25 à 60 ans. Il en décrit quatre catégories : le sperme granuleux, très blanc, d'odeur spermatique forte, à portion liquide peu abondante, qui ressemble à de l'amidon délayé, renfermant des spermatozoaires innombrables, à mouvements vifs et rapides, est le meilleur, c'est le *sperme riche*. Il se rencontre le plus souvent chez les hommes courts, trapus, même maigres, de taille ordinaire, plutôt dans la classe bourgeoise commerçante que chez les hommes du monde.

La dernière catégorie, la plus mauvaise, est celle des spermes tout à fait fluides avec ou sans granulations, sans odeur ; on n'y rencontre pas un seul spermatozoaire.

Ainsi donc, à moins que la femme ne présente une maladie caractérisée, il n'est permis de rien entreprendre contre la stérilité sans savoir dans *quelle catégorie* doit être rangé le mari.

Tel est ce livre qu'élèves et praticiens voudront posséder pour le consulter souvent. Ils ne pourront que regretter que d'autres sujets également importants ne soient pas abordés dans ce premier volume ; ils le seront sans aucun doute dans un deuxième ; nous le souhaitons vivement.

L'enseignement complet de l'éminent professeur d'accouchement de Paris, ainsi mis entre les mains de ceux qui n'ont pu assister à ses leçons, sera un titre de gloire solide et durable.

Marius Rey.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

L'ALIMENTATION CHEZ LES PHTISIQUES, par le docteur S. LABASTIDE. — La cachexie, quels que soient les phénomènes morbides qui l'accompagnent, prend son origine dans une nutrition insuffisante, et la phtisie, qui est une des manifestations les plus fréquentes de la cachexie, ne reconnait pas d'autres causes.

Il doit y avoir bien des années qu'un observateur instruit et judicieux comprit, pour la première fois, qu'il fallait chercher la thérapeutique de la phtisie en dehors de ce qu'on appelait le traitement classique et rationnel; ce révolutionnaire chercha le traitement scientifique. Ceux qui, après lui, entrèrent dans cette voie, comprirent bien vite que la phtisie n'est pas une maladie, mais le résultat d'une maladie, l'effet *éloigné* et *diathésique* d'un trouble, d'un dérangement des fonctions digestives, et nous savons, hélas! combien dans nos sociétés modernes ce dérangement est fréquent. Une fois maître de cette donnée, il ne restait qu'à faire digérer le malade, — notez que je dis *digérer;* — il fallait donc trouver l'aliment que tel ou tel phtisique mangeait avec plaisir et digérait facilement. En consultant l'instinct de la maladie sous le rapport de l'alimentation, il est certain qu'un grand nombre de phtisiques ont été guéris par le rétablissement des fonctions digestives.

Salvadori, par exemple, médecin italien, se guérit lui-même en mangeant des salaisons, buvant du bon vin et faisant de l'exercice; aussi préconose-t-il ce régime dans son traité : *Del morbo tisico* (Torino, 1789).

Tulpius (Leyde, 1739) parle d'une jeune femme qu'il guérit en satisfaisant le désir qu'elle avait de manger des huîtres.

Enfin la biographie de Plonquet rapporte plusieurs cas dans lesquels la guérison paraît due au rétablissement des fonctions digestives.

Cette donnée étant acquise, le problème n'en reste pas moins ouvert, car, bien souvent, le malade éprouve la répulsion pour toute espèce d'aliment, et, quelle que soit sa bonne volonté, il les rejette tous.

Nos éminents confrères, MM. Debove, à Bicêtre, et Dujardin-Beaumetz, à Saint-Antoine, se sont vus sans doute arrêtés par des obstacles de cette nature, et ils ont imaginé de vaincre cette résistance et de combattre la phtisie par l'*alimentation forcée*. Les expériences qu'ils ont entreprises et les résultats remarquables qu'ils ont obtenus ont été communiqués, le 28 octobre de l'année dernière, à la Société médicale des hôpitaux, et consignés dans les numéros des 15 et 30 novembre du BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE et dans les numéros des 22 et 24 novembre de l'UNION MÉDICALE. M. le docteur Desnos, en janvier, signala à la Société médicale des hôpitaux quelques cas d'intolérance, et le docteur Féréol remarqua chez certains malades une forte répugnance pour cette méthode. J'ai vu moi-même l'alimentation forcée repoussée par deux phtisiques dont l'anorexie était complète; dans cette extrémité, je m'adressai à la peptone, pensant que sous un petit volume elle assurerait la nutrition et réveillerait l'appétit. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une *phtisie héréditaire :* la jeune fille, âgée de vingt et un ans, avait perdu son père d'une maladie de poitrine; elle est forte et bien constituée, elle a joui longtemps d'une bonne santé. Cette dernière année, elle a beaucoup maigri, et elle est tourmentée par une petite toux sèche, qui lui est survenue à la suite de veilles prolongées. Son appétit est nul; elle mange par raison, et elle a souvent de la diarrhée; depuis un mois, la toux est plus fréquente; elle survient souvent après les repas, et les aliments sont rejetés. Lorsque je la vois, ses forces l'ont abandonnée; elle éprouve une douleur persistante entre les deux épaules; ses crachats sont jaunâtres, déchiquetés et striés de sang; les pommettes sont vivement colorées, les yeux ont un brillant nacré, le pouls est à 120; il y a de la matité au sommet droit avec souffle rude et prolongé. A gauche, respiration normale; le soir, accès fébrile avec sueurs profuses pendant les premières heures de repos.

— A droite de la poitrine, un vésicatoire est appliqué en avant et en arrière, et la malade prend dans la journée quatre petites tasses de bouillon contenant une cuillerée de *peptone*. Sous l'influence de ce traitement, le souffle devient moins rude à droite, les sueurs nocturnes sont moins abondantes, le pouls, de 120, tombe à 90; le sommeil est plus calme. Dès le second jour, *l'appétit s'est réveillé;* la peptone est continuée à la dose de quatre cuillerées par jour, les aliments sont bien gardés et même demandés; l'expiration est toujours prolongée à droite, mais plus de souffle rude; les craquements humides sont très rares. Dès le vingtième jour, la fièvre est complètement tombée, l'appétit est vif, les chairs sont moins flasques et l'embonpoint tend à reparaître; la jeune malade marche et se promène. Après quarante jours de traitement elle reprend ses occupations. Je la revois le mois suivant; elle présente toutes les apparences de la santé; l'expiration cependant est toujours prolongée à droite, l'embonpoint est remarquable; elle continue la peptone à la dose de deux cuillerées par jour, *pour s'ouvrir l'appétit*, dit-elle.

Ce réveil de l'appétit, sous l'influence de la peptone, a été particulièrement signalé par M. Defresne dans un mémoire *sur les peptones*, publié chez J.-B. Baillière et fils, 1880. Cet auteur rapporte que « lorsqu'il prenait le matin à jeun, dans du bouillon, 100 grammes de peptone représentant 200 grammes de viande, il éprouvait, une demi-heure plus tard, une faim impérieuse qui exigeait satisfaction » Nous avons nous-même observé ce phénomène, une fois entre autres, dans le cas désespéré suivant : Il s'agissait d'une phtisie galopante chez un tuberculeux au troisième degré; nous n'avions certes pas l'espoir de le sauver, mais seulement de le sortir de l'état d'abattement où il était plongé et de prolonger son existence de quelques jours. La consomption était avancée, l'appétit nul et la prostration complète; tous ces symptômes étaient accompagnés de phénomènes nerveux plus ou moins effrayants. — Par l'addition de deux cuillerées à café de *peptone liquide* dans trois cuillerées à bouche de bouillon, toutes les deux heures, nous avons obtenu presque aussitôt *le réveil de l'appétit* et avec lui le retour des forces vitales entièrement épuisées. Le moral profita de cette amélioration physique et notre malade quitta son lit de souffrances. Il cherche depuis, par l'emploi journalier de ce nutriment, à prolonger son existence.

En résumé, la nutrition des tuberculeux est la clef de la thérapeutique de la phtisie pulmonaire; il faut donc l'assurer à tout prix, soit à l'aide d'aliments ardemment désirés et bien supportés par le malade, soit par la méthode de l'alimentation forcée, soit à l'aide de quatre à six cuillerées de *peptone liquide contenant deux fois son poids de viande*.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — L'éminent naturaliste Charles Darwin a succombé le 19 avril dernier, dans sa soixante-treizième année. C'est une grande perte pour la science, c'est un deuil universel. L'auteur de l'*Origine des espèces par voie de sélection naturelle*, de *La descendance de l'homme et la sélection sexuelle*, le père du *Transformisme* restera comme l'une des grandes figures de notre siècle, comme l'un de ces hommes exceptionnellement doués dont le génie éclaire la science dans sa marche ascendante.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Villeneuve père, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. Parvenu à un âge très avancé, M. Villeneuve avait conservé toute la vigueur de son intelligence. Nous avons pu assister, il y a quelques mois, à un examen qu'il faisait subir à des élèves sage-femme et apprécier, par la netteté de ses questions et des développements dont il les accompagnait, toute la lucidité de son esprit. Nous ne saurions oublier ici qu'il a été, il y a nombre d'an-

nées, un collaborateur actif de la GAZETTE MÉDICALE. C'est donc avec une profonde sympathie que nous déposons sur sa tombe le tribut de nos regrets.

— Le corps de l'internat des hôpitaux de Paris vient de faire une double perte : M. Edmond Courbatier, interne de Bicêtre, a succombé à une pneumonie double ; et M. Schaeck, interne de l'Hôtel-Dieu, à l'infection purulente consécutive à une légère opération. De sympathiques et unanimes regrets accompagnent ces jeunes gens dans leur tombe si prématurément ouverte.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Laguaite, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, et M. Parizot est nommé aide d'anatomie.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Sont nommés : M. le docteur Langlet, professeur suppléant de médecine, et M. le docteur Moret, professeur suppléant d'anatomie.

***

HOPITAUX DE MARSEILLE. — MM. les docteurs Lauzet et Michel viennent d'être nommés chirurgiens-adjoints.

***

HOPITAUX DE BORDEAUX. — A la suite d'un brillant concours, MM. les docteurs Rondot et Davezac ont été nommés médecins des hôpitaux de Bordeaux.

***

CONCOURS DES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — La seconde épreuve s'est terminée par l'admissibilité à prendre part à la troisième épreuve de MM. Ballet, Barié, Barth, Beurmann (de), Brissaud, Cadiot, Chouppe, Déjerine, Gombault, Hirtz (H), Letulle, Mercklen, Moizard, Oulmont, Renault et Tapret.

***

CONCOURS DES CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL. — Le registre des inscriptions a été clos samedi soir. Les candidats, au nombre de dix-neuf, sont : MM. Bazy, Campenon, Cartaz, Duret, Garnier, Henriet, Jalaguier, Jullien, Le Bec, Nélaton, Nepveu, Petit, Picqué, Prengrueber, Quénu, Redar, Reynier, Segond et Valtat.

***

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES. — M. le docteur Berrut reprendra rue Bellechasse, 29, ses leçons du trimestre d'été, le jeudi 4 mai, à onze heures. Il traitera la question suivante : *La policlinique et la liberté d'enseignement de la théologie, du droit et de la médecine.*

Le jeudi à neuf heures, consultations auxquelles assistent les élèves inscrits ; à onze heures, leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

***

HOPITAL DES ENFANTS. — *Thérapeutique infantile.* — Le docteur Jules Simon reprendra ses conférences, le mercredi 3 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

***

COURS CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra son cours, le mercredi 3 mai, à neuf heures.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 18 6 MAI 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave Doin**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 4 mai 1882.

LE CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Troisième article. — Voir les numéros 4 et 6.

Nous avons sous les yeux la réponse de la Faculté de médecine de Paris et celle de la Faculté de médecine de Lille à la circulaire ministérielle du 23 décembre 1881 sur les modifications à apporter aux concours d'agrégation des Facultés de médecine. On nous permettra, en résumant et comparant ces deux réponses, d'ajouter comme un *post-scriptum* aux deux articles que nous avons précédemment consacrés à ce sujet.

La première question qui s'imposait à l'examen des Facultés, bien qu'elle ne fût pas directement posée par le ministre, c'est celle du principe même de centralisation ou de décentralisation du concours. En la résolvant en faveur de la centralisation, la Faculté de médecine de Paris ne paraît pas avoir cédé à une conviction bien profonde, si du moins on en juge par ce passage du rapport de M. Gosselin :

« Votre Commission, dit-il, a pensé que le fonctionnement actuel du concours a relevé le niveau de l'agrégation, et elle attribue ce résultat à l'émulation que fait naître chez les concurrents l'obligation de se mesurer avec ceux de toutes les Facultés et en présence d'un jury imposant. Mais elle l'attribue aussi au nombre et à la variété des épreuves. Elle croit donc qu'il n'y a pas à changer la nature de ces dernières. »

Quelle est l'étendue de la part qui, dans ce résultat, doit revenir à la centralisation du concours ?

En 1878, ainsi que nous l'avons déjà rappelé, M. Gosselin écrivait : « Le mélange, dans un même concours, de compétiteurs destinés à des écoles différentes, supprime en réalité la lutte. » Ce qui revient à dire que, dans les conditions actuelles, la centralisation du concours est plus apparente qu'effective.

Le rapporteur de la commission instituée par la Faculté de médecine de Lille, M. J. Arnould, est sur ce point plus explicite : « Ce n'est même pas, dit-il, une centralisation dans la vérité de la chose, mais une juxtaposition, à Paris, de concours locaux. On s'inscrit d'avance pour la Faculté de Lyon, de Bordeaux, de Lille ; on est apprécié à la mesure correspondante et reçu pour Lille, Lyon ou Bordeaux. Les heureux de ce concours se disent « agrégés des Facultés de médecine » ; c'est une agréable illusion. Ils sont très simplement agrégés de la Faculté de Bordeaux, Lyon ou Lille. Seulement ils ont été reçus à Paris, ce dont ils se seraient passés sans peine.

« Une liste générale et unique d'admis, par ordre de mérite et sans aucune mention d'option préalable, serait seule conforme au principe de centralisation. C'est ainsi que cela se passe aux concours d'agrégation des Facultés de droit, dont on songe à rapprocher les concours de médecine sur le point particulier des compositions écrites et imprimées. »

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

La médecine exclue de l'Institut. — Histoire des variations d'une section académique. — Triomphe de la physiologie. — Les trichines et les trichinoses. — La guerre aux porcs. — Le gouvernement et l'hygiène alimentaire.

M. Paul Bert a été élu membre de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Bouillaud, dans la section dite de *médecine et de chirurgie*.

Serait-il donc vrai que les médecins ne pourront plus désormais franchir les portes de l'Institut s'ils ne se déguisent en physiologistes? M. Charcot, le représentant de la médecine scientifique par excellence, et dont les travaux s'appuient pourtant sur la connaissance la plus approfondie de la physiologie, que dis-je, dont les travaux ont tant contribué à faire progresser la physiologie, la partie la plus importante de la physiologie, celle qui s'occupe des fonctions du système nerveux, M. Charcot n'a pas obtenu une seule voix.

Loin de moi la pensée de vouloir insinuer que M. Paul Bert est indigne d'entrer à l'Académie des sciences.

M. Paul Bert est pour moi le biologiste actif, l'expérimentateur infatigable, l'observateur le plus patient et le plus sagace, mais sa place me paraissait marquée plutôt dans la section où Longet, Coste, où MM. Robin, de Quatrefages, Milne-Edwards, Blanchard, étaient venus s'asseoir.

***

Déjà Claude Bernard, le premier, avait rompu la tradition, en prenant place parmi les médecins et les chirurgiens de l'Institut. Mais Claude Bernard, quoiqu'il fût avant tout physiologiste, occupait la chaire de médecine au Collège de France. Il l'occupait en physiologiste, c'est vrai ; néanmoins le titre de sa chaire pouvait lui servir de passeport exceptionnel.

M. Vulpian vint ensuite, qui fut élu, non parce qu'il était médecin, mais quoiqu'il fût médecin. Cependant, quelque considérables que soient les titres de M. Vulpian en physiologie, M. Vulpian, par ses fonctions de médecin des hôpitaux, par son titre de professeur et de doyen de la Faculté de médecine, par bon nombre

M. J. Arnould moutre d'autres inconséquences dans le système actuel de centralisation du concours, entre autres la disproportion frappante entre les sacrifices qu'on impose aux candidats de province, et les avantages qu'ou assure aux élus, surtout dans les nouvelles facultés dites *municipales*, comme celle de Lille, dont la situation exceptionnelle réclame de promptes réformes. Mais notre excellent confrère envisage la question encore de plus haut, et nous sommes heureux de trouver sous sa plume les lignes suivantes, qui concordent si bien avec ce que nous avons écrit nous-même :

« Les lettres, le droit et même les sciences physiques ou naturelles, l'anatomie, la physiologie, ne diffèrent pas, pour l'étude et l'enseignement, d'un bout de la France à l'autre, de Lille à Marseille, de Nantes à Grenoble. L'originalité dans ces diverses branches peut être chez les hommes; elle n'est point dans les choses. Tout autrement en est-il de la *médecine* et de la *chirurgie ;* ici, l'objet de l'étude varie notablement selon les habitudes et selon les milieux. Un médecin très familiarisé avec la pathologie parisienne peut, le fait est vulgaire, se trouver fort dépaysé à Lille et éprouver de grands étonnements en présence des maladies de Montpellier. De là des nuances importantes dans les doctrines, selon les lieux; de là des caractères uon divergents, mais spéciaux, des écoles médicales suivant la région qu'elles occupent et les traditions dont sont justement fières celles qui comptent déjà une longue existence. L'originalité, dans une certaine mesure, est inévitable dans chaque foyer scientifique médical, chez toute Faculté de médecine qui a chances de vie; et cette originalité même prouve qu'elle en a. Faut-il lutter contre cette tendance, en créant une science officielle, en uniformisant les doctrines sous prétexte de maintenir haut le niveau de la science française? Nous ne le croyons pas. Cette originalité est une force, et c'est le nivellement qui est une faiblesse. Les nuances spéciales permettent de voir mieux et de recueillir partout ce qui est intéressant ou utile; elles convergent en réalité vers le faisceau commun des conquêtes nationales. Ce particularisme-là n'est point l'isolement; c'est la façon de s'éclairer les uns par les autres, de susciter les comparaisons, la concurrence même, d'obliger le centre à savoir ce qui se passe à la périphérie, et celle-ci à tenir ses regards fixés sur la métropole, qui attire nécessairement les intelligences d'élite. La puissance scientifique ne se développe point par la concentration, mais par l'expansion. Centraliser les études, les doctrines, les luttes du concours, ce n'est point maintenir l'élévation du niveau scientifique, c'est l'abaisser et refuser l'emploi des aptitudes individuelles. »

On ne saurait penser mieux ni mieux dire.

« Le concours central, dit plus loin M. Arnould, attire les élèves les plus brillants des facultés provinciales, sans doute, mais aussi les plus audacieux. Et il en éloigne de très bons encore, à qui il ne manque qu'un peu de hardiesse et... d'aisance pécuniaire. Ce n'est pas là une institution démocratique. Le concours local aurait ceux-ci, et à plus forte raison les autres. »

Enfin il ajoute, comme conclusion : « Nous l'avouons sans arrière-pensée : le concours local nous paraît seul capable d'assurer le recrutement professoral en province; seul il nous paraît compatible avec la dignité et la vie propre de chaque Faculté; avec lui la perpétuité du corps enseignant est certaine dans toute Faculté qui possède en elle-même la raison de son existence. »

En résumé, la Faculté de médecine de Paris maintient, sans grand enthousiasme, le principe de la centralisation; la Faculté de médecine de Lille le repousse. Les deux Facultés sont d'accord pour ne rien changer aux éprenves actuelles du concours. Elles admettent l'une et l'autre certains tempéraments à l'application des principes opposés qu'elles ont adoptés. Ainsi la Faculté de Paris propose de ne centraliser que les épreuves définitives, laissant à un jury local le soin d'apprécier dans chaque Faculté provinciale les épreuves éliminatrices. Par contre, la Faculté de Lille accorderait que les épreuves éliminatrices fussent soumises à un jury central qui déciderait exclusivement de l'admissibilité, les épreuves définitives et l'appréciation d'ensemble restant dans les attributions du jury local. Il va sans dire que chacun des deux systèmes entraînerait des dispositions particulières, mais de second ordre, sur lesquelles nous ne croyons pas devoir nous arrêter.

Si l'institution d'un double jury devait être acceptée, il nous paraît plus rationnel de soumettre au jury local les épreuves d'admissibilité et au jury central les éprenves définitives; autrement le classement général des candidats élus par ordre de mérite est impossible; or on a vu plus haut que, sans ce classement, il n'y a pas véritablement concours, et la centralisation de ce prétendu concours demenre un vain mot. Le

de ses travaux, représentait encore et fort dignement l'art de guérir.

Mais voici bientôt M. Marey qui pénètre dans l'enceinte sous les enseignes déployées de la physiologie expérimentale, M. Marey, éminent physiologiste et mécanicien merveilleux, mais qui a depuis longtemps laissé de côté la pratique de la médecine, au grand bénéfice de la science.

En sorte qu'aujourd'hui, si trois chirurgiens, MM. Jules Cloquet, Gosselin et Sédillot, siégent encore sous la coupole du palais Mazarin, la médecine pure n'y posséde plus aucun représentant. Les Andral, les Bouillaud, ne sont pas remplacés.

***

Et c'est là la fin du dix-neuvième siècle, au moment où, sortie de ses langes, la médecine commence à marcher seule, à marcher droit, au moment où elle se constitue en science, que l'Institut, qui lui avait donné dès l'abord une petite place au foyer de l'Académie des sciences, lui ferme la porte au nez.

La voilà sous le vent et la pluie. La voilà excommuniée. Devant chaque médecin qui oso approcher de son seuil, l'Académie, s'érigeant en petite église, refuse de prononcer le *Dignus es intrare*. S'il en est un qui parvienne à être mis sur une liste de présentation, c'est pour être repoussé au jour du vote.

Bien plus, on en est arrivé à ne plus s'étonner lorsque des anatomistes des plus savants, comme M. Sappey, des zoologistes on ne peut plus remarquables comme M. Davaine, des physiologistes célèbres, comme MM. Brown-Séquard et Paul Bert, sont inscrits sur une liste de candidats dans la section de médecine, tandis que leur place était de droit dans la section voisine. Car il existe une section d'anatomie et de zoologie.

Mais à quoi bon récriminer? Que peut-on contre un vote proclamé? Tel est le bon plaisir des immortels! Ils l'ont bien manifesté. Ils en avaient le droit. Paix à leur décision.

Toutefois la critique ne saurait s'empêcher de protester quand même. Et, au nom du bon sens, elle criera aux académiciens : Messieurs, à votre aise! mettez, si bon vous semble, la médecine en quarantaine. Mais alors soyez logiques, ayez le mérite de la franchise. Changez donc le titre de votre section médico-chirurgicale.

Et vous nous fermerez la bouche.

rapport de la Faculté de médecine de Paris présente à ce point de vue une lacune qu'il importe de signaler.

Si maintenant le lecteur veut bien prendre la peine de remonter aux deux propositions qui terminent notre article du 11 février dernier, il verra qu'elles sont la conclusion anticipée, la première, sur la question de principe, du rapport de la Faculté de Lille, la seconde, sur l'application atténuée de ce principe, du rapport de la Faculté de Paris. Les considérations que nous avons développées trouvent ainsi respectivement dans les deux rapports un appui dont il nous sera permis de nous féliciter, et nous sommes, par cela même, plus autorisé que jamais à maintenir notre double conclusion.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU PASSAGE RAPIDE A L'ÉTAT AIGU DES COXALGIES A MARCHE LENTE.

Leçon de M. le professeur VERNEUIL à la Pitié, recueillie par M. E. REGNAULT, externe du service, et revue par le professeur.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

OBS. II. — CONTUSION DU PLI DE L'AINE CHEZ UNE FILLE SCROFULEUSE ; ARTHRITE SUBAIGUE ; CLAUDICATION PERSISTANT AU BOUT DE QUATRE MOIS ; AGGRAVATION SUBITE DES SYMPTOMES, DOULEURS VIOLENTES, DÉFORMATION EXTRÊME DU MEMBRE ; REDRESSEMENT FACILE DANS L'ANESTHÉSIE ; GOUTTIÈRE DE BONNET, PUIS APPAREIL INAMOVIBLE ; GUÉRISON PROBABLE.

B... (Françoise), blanchisseuse, quinze ans, pâle, maigre, chétive, de taille assez élevée, habite Paris depuis trois ans. Elle a eu, dans son enfance, des manifestations scrofuleuses non équivoques et à onze ans une fièvre typhoïde. Il y a cinq mois, survint une hémoptysie pour laquelle elle dut entrer quelques jours à l'hôpital. Elle vit avec sa mère, dans une position très précaire, mal habillée, mal logée, encore plus mal nourrie Elle se livre probablement à l'onanisme.

L'affection actuelle remonte à quatre mois; à cette époque, elle reçut un violent coup de pied dans l'aine gauche. Rentrée chez elle tant bien que mal, elle prit le lit et le garda pendant deux jours. Elle se releva alors et durant deux semaines se traîna dans la chambre en marchant appuyée sur deux chaises. A la fin du mois, elle reprit son travail, mais non sans boiter d'une manière sensible et ressentant toujours une souffrance vague dans la hanche, surtout à la fin de la journée.

Le 25 janvier, sans cause appréciable, l'articulation de la hanche gauche devint le siège de douleurs insupportables arrachant des cris, troublant le sommeil et s'exaspérant au moindre contact et par le plus léger essai de mobilisation.

La cuisse malade était dans un degré de flexion très prononcé avec abduction et rotation en dehors non moins marquée, le bassin était abaissé du même côté. On trouvait là, en résumé, mais portées à l'extrême, les déviations du premier degré de la coxalgie.

L'état général était mauvais ; il y avait fièvre, inappétence, insomnie ; une toux sèche fatiguait beaucoup la patiente ; je voulus donc amender sa santé avant de rien faire d'actif. Les opiacés, le changement dans l'hygiène et le régime amenèrent bientôt une amélioration, sans modification toutefois dans l'état local.

Ce dernier exigeait une intervention prompte, car si les attitudes forcées de la seconde période de la coxalgie prédisposent à l'usure du cotyle et de la tête fémorale et aux subluxations qui en sont la conséquence, la situation extrême que nous avions sous les yeux peut conduire en se prolongeant à une lésion plus grave encore : le ramollissement et la perforation du fond de la cavité cotyloïde. Décidé à agir sans retard, je choisis comme moyen de contention, après redressement, la gouttière de Bonnet. En effet, l'appareil inamovible, en raison du temps assez long que son application exige, eût exposé la malade à être découverte pendant plus d'une demi-heure, au préjudice de sa poitrine qui semblait menacée d'une poussée inflammatoire aiguë.

Je ne savais au juste quel degré de résistance m'offriraient les muscles énergiquement contractés, mais j'espérais vaincre leur résistance, parce que peu de temps s'était écoulé depuis l'invasion de la contracture et que l'attitude vicieuse était très prononcée.

Mes prévisions étaient exactes. A peine l'anesthésie était-elle obtenue, que, sous l'influence de tractions et de manipulations très légères, tout disparaissait : ensellure, abaissement du bassin, abduction, flexion, rotation.

Les deux membres ayant repris leur symétrie, la malade fut placée et assujettie dans la gouttière et reportée dans son lit.

Le soulagement ne se fit pas attendre ; au bout de quarante-huit heures, les souffrances avaient cessé, et la fillette, à la fin de la première semaine, commençait à se remuer tellement dans la gouttière, que la guérison eût certainement été impossible, faute d'immobilité suffisante. En conséquence, une quinzaine de jours après la première séance, ayant de nouveau administré le chloroforme, j'appliquai l'appareil inamovible tel que je l'ai décrit jadis.

Le résultat fut excellent. Dans le commencement du mois de

∴

La guerre aux trichines n'est pas finie. On avait pu espérer que les conclusions votées par l'Académie de médecine étaient le signal d'un armistice et même les préliminaires sérieux d'un traité en règle. Je voyais déjà nos gouvernants d'une part et les fabricants de salaisons porcines d'autre part s'empressant de signer ce traité à la satisfaction des nombreux consommateurs que le jambon délecte et de ceux qui soupirent après la galantine exilée.

Loin de là ; la trichinose est de plus en plus menaçante. Je lisais dernièrement, dans un grand journal, un journal politique, s'il vous plait, le résumé d'une leçon faite par un des mandarins les plus richement boutonnés de la médecine et l'un de nos grands professeurs de clinique. Effectivement, il y a de quoi effrayer les populations.

Je comprends que le ministère compétent (cela est, si je ne me trompe, du ressort du ministre de l'agriculture) ne s'en tienne pas au premier pas dans cette voie de protection à outrance. A tout prix, il faut empêcher nos compatriotes inconsidérés de se jeter avidement, comme des incirconcis (qu'ils sont pour la plupart), sur la viande proscrite par les lois d'Israël.

Songez donc que la trichinose revêt cinq formes cliniques différentes, d'après le professeur dont j'ai oublié le nom. Si ces formes varient par certains symptômes, elles se ressemblent toutes par une gravité excessive.

Eh bien ! je ne sais pourquoi, au lieu de m'épouvanter, cette gravité me fait rire. Oui, je ris de bon cœur, et de tout cœur, et sans la moindre méchanceté. Suis-je assez heureux, en effet, moi, qui ne déteste pas plus le saucisson d'Arles ou de Lyon que le jambon d'York ou de New-York, d'être arrivé au déclin de mes jours sans avoir payé mon tribut à la trichinose.

Mais je ne suis pas égoïste, et mon contentement s'accroît considérablement du bonheur des autres. J'éprouve donc un immense bonheur collectif en réfléchissant qu'aucun de mes amis, qu'aucun de mes malades, qu'aucun malade de mes amis, qu'aucun ami de mes malades n'a jamais, à ma connaissance, été la proie de cet horrible fléau : la trichinose.

Y aurait-il donc une Providence spéciale pour les amateurs de porc frais ou salé, ou fumé, comme il y a un dieu des ivrognes?

mars, Françoise demanda à se lever. On lui donna des béquilles avec lesquelles elle se promène actuellement dans les salles et dans les cours

Les douleurs ont depuis longtemps complétement disparu.

Les phénomènes thoraciques se sont amendés, de sorte que les indices d'une tuberculose commençante, qui semblaient assez évidents à la fin de janvier, sont aujourd'hui fort douteux.

Les deux membres ont la même longueur.

L'intérêt de cette observation réside précisément dans la métamorphose soudaine de l'affection sous une influence restée inconnue et dans le passage presque instantané d'une coxalgie quasi-latente et indolente, permettant la station et la marche, à l'état suraigu avec déformation, doulenrs excessives et retentissement sérieux sur la santé générale.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Procédé rapide de coloration et de conservation des parasites à l'aide de l'éosine et de la potasse, par F. Balzer, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis.

Les personnes qui commencent l'étude histologique des parasites éprouvent de grandes difficultés pour obtenir des préparations nettes et d'une conservation facile. La méthode de Weigert donne de beaux résultats, mais on ne peut nier qu'elle soit d'un maniement compliqué et difficile. Dans nos recherches sur les parasites de la peau, nous employons depuis quelque temps un procédé simple qui nous a donné les meilleurs résultats pour l'étude du tricophyton, de l'achorion, du microsporon furfur, etc. Nous l'avons employé avec succès pour la recherche et la coloration des microbes. Il n'est pas applicable, en effet, seulement à la recherche des parasites dans les squames épidermiques; on peut s'en servir avec avantage pour étudier les parasites dans les tissus, foie, reins, muscles, etc.

Ce procédé est basé sur l'emploi de l'éosine comme substance colorante, puis de la solution de potasse destinée à éclaircir la préparation et à mettre en évidence les parasites. La potasse est depuis longtemps préconisée pour leur recherche dans les affections cutanées parasitaires. Employée seule, elle donne des préparations excellentes, mais non persistantes, car elles finissent par s'éclaircir outre mesure. Si, au contraire, on a préalablement fait agir l'éosine sur les fragments d'épiderme dissociés, sur les cheveux ou sur les coupes du tissu à examiner, la potasse agit ensuite en fixant la matière colorante sur les parasites, tout en éclaircissant les parties voisines. De même que l'acide acétique fixe le carmin sur les noyaux des cellules, de même la potasse fixe l'éosine sur les noyaux des spores et des mycéliums.

Comme on le voit, c'est seulement la modification de procédés anciens que nous donnons ici, plutôt qu'un procédé absolument nouveau. Toutefois, cette méthode simple et rapide nous est journellement d'un emploi si avantageux que nous avons cru devoir la recommander dans ce petit article. Voici donc le *modus faciendi* :

Après avoir opéré dans l'éther ou dans l'alcool le dégraissage de la coupe ou du fragment à examiner, on le porte dans un godet contenant la solution alcoolique d'éosine saturée. Il doit y séjourner un *temps variable*, suivant son étendue et son épaisseur. Une demi-heure ou une heure suffisent amplement; l'achorion, en quelques minutes, se trouve coloré.

On fait ensuite passer le fragment dans l'eau distillée pour enlever l'excès d'éosine. Cette précaution est indispensable, sinon, dans la solution de potasse, l'éosine non fixée forme des grumeaux qui nuisent à la netteté de la préparation. A la place de l'eau distillée, il est peut-être préférable d'employer pour ce lavage la solution de potasse, ainsi que nous le faisons habituellement. Enfin, on laisse dans la solution de potasse à 40 pour 100 le fragment à examiner, que l'on recouvre sur la lame de verre avec la lamelle couvre-objet. Les jours suivants, on ajoute une ou deux gouttes de la solution pour remplacer celle qui disparaît par évaporation.

Au bout de quelques jours, quelquefois au bout de quelques heures, la préparation est suffisamment éclaircie, et l'éosine bien fixée sur les parasites. Alors on remplace la solution de potasse évaporée par une solution saturée d'acétate de potasse que l'on introduit seulement à la périphérie de la lamelle de verre, en l'encadrant pour ainsi dire, on borde à la paraffine et à la cire, et l'on a des préparations qui se conservent indéfiniment.

Leur conservation nécessite toutefois certaines précautions, la potasse ayant la propriété de dissocier et de ramollir les éléments, il faut avoir soin, dans les examens, de ne jamais heurter la lamelle avec l'objectif, si l'on ne veut pas voir la

---

Seraient-ce les porcs eux-mêmes qui, par une attention toute particulière pour les fidèles appréciateurs de leurs qualités comestibles, écarteraient les trichines malfaisantes de la bouche de leurs défenseurs ?

Il faut bien l'avouer, l'animal « qui se nourrit de glands » a été horriblement calomnié jusqu'ici.

Heureusement Charles Monselet a pris en main sa cause, et, navré de l'affreuse réputation qu'on a faite au cochon, il lui a adressé son fameux sonnet réparateur :

Car tout est bon en toi : chair, graisse, muscle, tripe !
On t'aime galantine, on t'adore boudin.
Empruntant son arome au sol périgourdin,
Ton pied, dont une sainte a consacré le type (1),

Eût réconcilié Socrate avec Xantippe.
Ton filet, qu'embellit le cornichon badin,
Forme le déjeuner de l'humble citadin,
Et tu passes avant l'oie au frère Philippe.

Mérites précieux et de tous reconnus !
Morceaux marqués d'avance, innombrables, charnus !
Philosophe indolent, qui mange et que l'on mange !

Comme, dans notre orgueil, nous sommes bien venus
A vouloir, n'est-ce pas, te reprocher ta fange !
Adorable cochon ! animal roi ! — Cher ange !

***

Tout cela est bel et bon ! Trêve à la plaisanterie ; et convenons que le ministre a été mû par un superbe sentiment hygiénique le jour où il a cherché à prémunir ses administrés contre la trichinose. Car ce ne peut être qu'après un mûr examen qu'on se décide à couper les vivres de la partie laborieuse de la population; de celle qui se nourrit surtout de salaisons et de charcuterie.

On sait qu'il était déjà mort une personne d'une maladie fortement soupçonnée d'avoir des relations avec les trichines.

Mais où je trouve notre ministre surtout admirable, c'est dans ce magnifique déploiement de micrographes qu'il a suscités pour ainsi dire d'un seul mot. Il a frappé la terre du pied ; il en est sorti des multitudes d'inspecteurs d'un nouveau genre, auxquels on a dit : Allez et inspectez les viandes que l'Amérique nous en-

(1) Sainte Ménehould.

préparation écrasée et dilacérée en tous sens. Une fois dans la solution saturée d'acétate de potasse, les éléments reprennent un peu de consistance.

Nous résumerons brièvement le procédé dans les propositions suivantes : 1° Dégraissage des parties à examiner, convenablement coupées ou dilacérées, dans l'éther ou dans l'alcool ; 2° coloration dans la solution alcoolique d'éosine saturée ; 3° lavage dans l'eau distillée ou mieux dans la solution de potasse à 40 pour 100 ; 4° montage et conservation des préparations dans la solution de potasse à 40 pour 100 ; 5° lorsque la préparation est suffisamment nette, substitution de la solution saturée d'acétate de potasse à la solution de potasse.

Nous employons le même procédé pour colorer les microbes contenus dans les liquides, dans l'urine, par exemple. Il suffit d'ajouter à une goutte du liquide à examiner deux ou trois gouttes de la solution alcoolique d'éosine. On laisse agir jusqu'à ce que tout le liquide soit évaporé. En ajoutant ensuite une ou deux gouttes de la solution de potasse à 40 pour 100 ou de la solution d'acétate de potasse, on peut voir les parasites avec la plus grande netteté.

CHIMIE BIOLOGIQUE

EXAMEN DU LIQUIDE DES SUDAMINA DANS UN CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE, par ALBERT ROBIN.

Pendant le mois d'octobre 1881, j'ai observé à l'hôpital Necker un cas de dothiénentérie à forme adynamique, rapidement terminé par la mort et qui présenta entre autres particularités une éruption de sudamina généralisée et confluente, si bien que les petites vésicules, réunies les unes aux autres, formaient des bulles d'un volume considérable. Quelques-unes de ces bulles atteignaient 1 centimètre et demi de diamètre.

En perçant, avec la pointe d'un bistouri, le sommet de plusieurs de ces sudamina, on put recueillir 3 gr. 255 de liquide, dont l'analyse a fourni les résultats suivants :

Transparent et incolore, ce liquide laisse déposer par le repos une très minime quantité de flocons blanchâtres légers, en même temps qu'il prend une teinte légèrement opaline.

Sa réaction est très acide.

Son odeur est forte et désagréable.

Au microscope, on trouve une grande quantité de fines gouttelettes de graisse et quelques cellules épidermiques.

Il ne contient ni matière albuminoïde ni sucre. L'alcool ne trouble nullement sa limpidité.

L'addition d'acide nitrique nitreux ne produit ni changement de coloration ni modification quelconque du liquide.

Dans le résidu à l'évaporation sirupeuse de quelques centigrammes, on trouve au microscope des cristaux d'urée et de chlorure de sodium.

La réaction à la murexide ne révèle aucune trace d'acide urique.

L'analyse qualitative des sels démontre l'existence d'une notable quantité de chlorures, mais l'on ne trouve aucune trace de sulfates ni de phosphates.

Une analyse quantitative sommaire tentée sur 0 gr. 701 du liquide a donné les chiffres ci-dessous :

Eau	981 gr. 46
Matériaux solides	18 54
Matières organiques	14 26
Matières minérales	4 28

Ce qui domine, dans cette analyse sommaire, c'est d'abord que la somme des matériaux solides éliminés par les sueurs a été relativement considérable ; ensuite que parmi ceux-ci les matériaux inorganiques ont peu varié, tandis que l'élimination peut avoir porté principalement sur des principes organiques.

Ce fait est parfaitement en rapport avec les résultats qui sont fournis par l'examen des urines (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Résection du pylore dans des cas de carcinome de l'estomac et dans un cas d'ulcère rond.

I. UN NOUVEAU CAS DE RÉSECTION DU PYLORE DANS UN CAS DE CARCINOME DE CET ORGANE, AVEC GUÉRISON, par BILLROTH et WOELFLER (2). — II. SUR LES CAS DE RÉSECTION DU PYLORE CARCINOMATEUX PRATIQUÉE par le professeur BILLROTH ; par WOELFLER (3). — A PROPOS DE LA RÉSECTION DU PYLORE ENVAHI PAR LA DÉGÉNÉRESCENCE CARCINOMATEUSE, par WOEL-

(1) Albert Robin, *Essai d'urologie clinique. — La fièvre typhoïde*, Paris, 1877.

(2) WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, n° 51, 1881.

(3) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, n° 23, 1881.

voie. Méfiez-vous, la trichine est astucieuse, et le Yankee plein de malice. Surveillez si le nématoïde ne s'est pas enkysté dans une boîte de barengs ; prenez garde qu'il ne cherche à se déguiser adroitement sous la forme trompeuse de la *spiroptera strumosa*, du *dispharagus*, de la *spiroptera clausa* ou d'autres petits helminthes agames également enkystés.

Quelle riche pépinière d'helmintologues l'avenir nous annonce. MM. Davaine, Normand, Perroncito, Megnin, n'ont qu'à bien se tenir. Et l'Europe ne va pas tarder à nous envier cette admirable institution qu'elle ne saurait nous ravir.

***

Toutefois, au milieu de mon enthousiasme, une réflexion est venue assombrir la sérénité de mon chauvinisme.

Je me permets de la soumettre modestement à M. le ministre intéressé : Pourquoi n'appliquerait-on pas aux autres viandes de boucherie des mesures analogues à celles que l'on applique à la seule viande de porc? Les autres animaux qui alimentent nos tables ne peuvent-ils pas être atteints de maladies également communicables à l'homme?

Quel déshonneur pour notre France, si quelque pays voisin, jaloux de nos progrès en hygiène publique, allait nous devancer en édictant la première des mesures prohibitives contre les ruminants, qui jouissent encore d'une réputation vraiment usurpée ! Peut-on supputer le nombre de leurs victimes que la terre des cimetières recèle et fait tous les jours disparaître ? Le moment est propice pour se défendre contre le mouton, d'autant plus dangereux qu'il a la pelure et les allures plus douces, et contre le bœuf, trop souvent charbonneux, et contre la vache phtisique, ou même contre le cheval, contre ce solipède qui nous transmet la morve et le farcin.

Je prie donc M. le ministre de vouloir bien prendre mon humble supplique en considération.

Et si l'on m'objecte qu'il y aurait trop à faire; que si l'on s'astreignait à proscrire la viande de tout animal pouvant être atteint d'une maladie contagieuse, nous n'aurions qu'à nous résigner à mourir de faim, j'aurai bientôt répondu, à la manière de Gribouille, que c'est encore le moyen le plus sûr d'échapper aux trichines et aux bactéridies.

Moyen sûr, mais qui sera difficilement adopté, je le reconnais.

Dr PÉTER-PAUL SOMANS.

FLER. (1). — III. UN INCIDENT INATTENDU DANS LE COURS D'UNE RÉSECTION DU PYLORE, par C. LAUENSTEIN (2). — IV. UN CAS DE RÉSECTION DU PYLORE CARCINOMATEUX, par LEDNERHOSE (3). — V. RÉSECTION DU PYLORE DANS UN CAS DE CARCINOME; MORT, par J. NICOLAYSEN (4). — RÉSECTION DE L'ESTOMAC DANS UN CAS D'ULCÈRE ROND, par RYDYGIER (5).

Il y a un an environ, le professeur BILLROTH, de Vienne, a été assez osé pour recourir à l'extirpation du pylore, chez deux malades affectées d'un carcinome de cette organe. Dans l'intervalle des deux opérations, un autre chirurgien allemand, M. RYDYGIER, s'inspira de l'exemple de son collègue de Vienne pour tenter cette opération aventureuse sur un autre malade atteint de la même affection.

Les lecteurs de ce journal ont été tenus au courant de ces tentatives. Dans une revue antérieure (6), nous avons fait connaître en détail le manuel opératoire suivi par les deux chirurgiens et les résultats immédiats obtenus. Des deux malades opérées par M. Billroth, la première, une femme de quarante-trois ans, quittait l'hôpital, guérie en apparence, vingt jours après l'opération. *Elle a succombé depuis à une récidive.* La seconde malade est morte trente heures après l'opération et en l'absence de complications péritonéales; on attribua la terminaison fâcheuse à l'inanition. Enfin, le sujet opéré par M. Rydygier, un vieillard de soixante-douze ans, s'éteignit le lendemain, et comme on ne trouva pas non plus de péritonite à son autopsie, on mit l'issue fatale sur le compte de l'épuisement et de la septicémie.

Ces déplorables résultats, qui étaient à prévoir, n'ont pas découragé les chirurgiens allemands et nous avons à enregistrer une série de nouveaux cas de résection du pylore, chez des individus affectés d'une dégénérescence carcinomateuse de cette portion de l'estomac, et même chez une malade affectée d'un simple ulcère rond de cet organe.

C'est tout d'abord le professeur Billroth qui a répété cette opération, le 23 octobre 1881, sur un troisième sujet, une femme de trente-six ans. Cette femme se sentait malade depuis le commencement du mois de juillet de la même année; elle vomissait régulièrement deux et trois fois par jour, et elle s'était aperçue, dès les premiers temps de sa maladie, de l'existence d'une petite tumeur dans la région épigastrique. L'opération dura cinq quarts d'heure. Nous passons sur les détails, nous bornant à dire que de trois ganglions lymphatiques extirpés avec la portion carcinomateuse de l'estomac, aucun n'était envahi par la dégénérescence. A la date du 8 avril de la présente année, cette femme, dont le poids corporel était tombé à trente-cinq kilogrammes au moment de l'opération, vivait en parfaite santé, avec une mine florissante, comme il résulte d'une communication écrite adressée à la WIENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT par M. WOELFLER.

Ce dernier mentionne un succès non moins éclatant obtenu par Billroth chez une femme de cinquante-deux ans, affectée d'un cancer du pylore qui s'offrait à la palpation avec le volume d'une pomme. L'opération marcha sans encombre, la tumeur étant libre de toute adhérence avec les organes avoisinants. Le lambeau d'estomac excisé mesurait 12 centimètres dans le sens de la grande courbure. La tumeur, bien circonscrite, avait les caractères d'un cancer colloïde. Dans la note que nous venons de mentionner, il est dit que cette femme, une année même après l'opération, présentait tous les attributs d'une parfaite santé, sans traces appréciables d'une récidive.

— Voici maintenant la série de cinq revers :

M. LAUENSTEIN a tenté la résection du pylore, le 3 janvier de cette année, chez une dame de trente-quatre ans, qui souffrait des symptômes habituels du cancer de l'estomac; la constatation d'une tumeur du volume du poing dans la région épigastrique mettait ce diagnostic hors de doute. Dans le cours de l'opération, Lauenstein eut le désagrément de se heurter à une difficulté imprévue; l'estomac était fixé à l'épiploon par des adhérences solides qui partaient non seulement de sa grande courbure, mais de toute la paroi postérieure, ce qui nécessita l'emploi d'un nombre extraordinaire de ligatures et une perte de temps considérable. L'opération ne dura pas moins de cinq heures. Néanmoins tout alla bien pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération; puis se déclarèrent les signes d'une péritonite à laquelle la malade ne tarda pas de succomber. L'ouverture de la cavité abdominale démontra que le colon transverse était envahi par la gangrène dans les points où on avait détaché les adhérences qui fixaient cette partie du gros intestin à l'estomac.

— Dans le cas de LENNERHOSE, l'opérateur se heurta à des adhérences de l'estomac avec le pancréas; cet organe ne fut reconnu qu'après avoir été atteint par l'instrument tranchant. On chercha à isoler, par une véritable dissection, le pancréas du pylore. Cette tentative, qui occasionna une grande perte de temps, n'aboutit qu'à donner issue à une quantité considérable de sang; on dut recourir au thermocautère pour arrêter l'hémorragie. L'opération dura cinq heures; le patient succomba dans le courant de la journée, d'une paralysie cardiaque, à ce que suppose l'auteur.

— NYCOLAÏSEN a été tout aussi malheureux dans sa tentative d'extirpation du pylore chez une femme de 37 ans, qui présentait les symptômes d'un cancer de l'estomac, avec présence d'une tumeur accessible à la palpation au niveau de la huitième côte à droite. Au sortir de l'anesthésie chloroformique, la patiente tomba dans le collapsus, et malgré l'administration de cordiaux, elle succomba au milieu de la nuit (ce qui n'empêche pas l'auteur de préconiser l'emploi de la résection partielle de l'estomac dans les cas de cancer de cet organe, à une période peu avancée de la maladie).

— Enfin RYDYGIER, désireux sans doute de prendre sa revanche à la suite de l'insuccès que nous avons mentionné plus haut, n'a pas craint de recourir à la résection du pylore chez une femme de 30 ans, qui était depuis deux ans sujette à des symptômes propres à faire croire à l'existence d'un ulcère rond dans la région pylorique de l'estomac. Détail à relever, l'organe malade adhérait très solidement au pancréas, et il fallut exciser un fragment de cette glande avec la portion contiguë du pylore. La malade a survécu à ces mutilations. Au bout de six semaines elle est sortie de l'hôpital guérie. Nous craignons que ce succès n'expose les simples dyspeptiques à devenir victimes des audaces chirurgicales de M. Rydygier.

E. RICKLIN.

(1) WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, n° 14, 1881.
(2) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, n° 9, 1882.
(3) DEUT. ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, t. XVI, p. 260, 1882.
(4) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, n° 12, 1882.
(5) BERLIN, KLIN. WOCHENSCHR., n° 3, 1882.
(6) GAZETTE MÉDICALE, n° 14, 1881.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 avril 1882. — Présidence de M. JAMIN.

HYGIÈNE. — RAPPORT SUR UN MÉMOIRE RELATIF AUX PROPRIÉTÉS HYGIÉNIQUES ET ÉCONOMIQUES DU MAÏS, par M. FUA.

(Commissaires : MM. Bouillaud, Bouley, et Chatin, rapporteur.)

Conclusion. — Le maïs est un aliment sain et des plus réparateurs, dont l'emploi ne saurait être trop répandu; les reproches faits à cette céréale, au point de vue de l'hygiène, ne s'adressent qu'au maïs mal conservé et envahi par le verdet.

Rappelons que M. Fua, suivant en cela l'exemple d'éminents philanthropes, a consacré de longues années, non seulement à vulgariser l'emploi alimentaire du maïs, mais encore à reproduire et fixer une nouvelle race, assez hâtive pour mûrir ses fruits dans le Nord, assez productive pour être d'une culture rémunératrice, et nous aurons justifié la conclusion suivante, que nous soumettons à l'Académie :

Approuver les efforts de M. Fua pour répandre la culture et l'emploi alimentaire du maïs; le remercier de son intéressante communication.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — SUR LA MODIFICATION INSOLUBLE DE LA PEPSINE. Note de M. ARM. GAUTIER, présentée par M. Wurtz.

Dans une précédente note (1), j'ai montré que la pepsine de mouton, bien préparée, contient environ 2 pour 100 de son poids de granulations insolubles que l'on peut recueillir et laver sur des filtres de porcelaine poreuse, granulations presque exclusivement formées de corpuscules réfringents, arrondis ou ovoïdes, doués, malgré leur insolubilité, d'un pouvoir digesteur notable, véritable pepsine insoluble, qui doit sa propriété de peptoniser les matières albuminoïdes à ce qu'elle se transforme lentement dans l'eau pure ou légèrement acidulée en une pepsine soluble.

Ces granulations produisent-elles cette pepsine soluble par un simple phénomène chimique analogue à l'hydratation de l'amidon dans l'eau surchauffée, ou bien, comme le pense M. Béchamp, ces granulations sont-elles de petits organismes, doués de vie, des *microzymas*, en un mot, dont la fonction serait de sécréter la pepsine?

Contrairement à l'opinion de mon honorable contradicteur, je crois que ces granulations constituent un ferment chimique, une pepsine insoluble sans organisation et sans vie, qui produit lentement, au sein de l'eau, la pepsine soluble par une suite de réactions purement chimiques (2).

En effet, 1o l'on ne découvre, dans ces granulations, même aux plus forts grossissements, aucune organisation sensible; 2o contrairement à cette grande loi de la physiologie générale, que tout organisme qui fonctionne se reproduit, ces granulations sont incapables de proliférer dans les milieux digestifs préalablement stérilisés par le borax, le phénol, l'acide cyanhydrique, milieux digestibles qui sont si éminemment aptes à développer leur activité digestive propre; 3o ces granulations digèrent aisément les matières albuminoïdes en présence des poisons les plus énergiques, tels que l'acide prussique, poisons qui enrayent complètement, s'ils ne détruisent définitivement, les fonctions des ferments figurés, et spécialement ceux de l'ordre des vibrioniens auxquels M. Béchamp rattache les microzymas; 4o enfin, ces granulations n'agissent, dans la digestion gastrique, qu'au sein d'une liqueur acide, contrairement à ce qui se passe pour les bactéries et leurs germes, qui demandent pour fonctionner des milieux neutres ou alcalins. Je ne pense pas que M. Béchamp ait fait disparaître aucune de ces quatre objections.

(1) COMPTES RENDUS, séance du 6 mars 1882.

(2) Ces granulations contiennent un acide de consistance butyreuse, soluble dans l'éther et cristallisable, acide azoté exempt de phosphore et de soufre.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — DE L'ACTION DU PERMANGANATE DE POTASSE CONTRE LES ACCIDENTS DU VENIN DES BOTHROPS. Note de M. COUTY, présentée par M. Vulpian.

L'auteur conclut de ses recherches propres, contrairement aux faits avancés par M. de Lacerda : 1o que le permanganate de potasse a été recommandé comme agent thérapeutique des accidents produits par les morsures des serpents venimeux sans preuve expérimentale suffisante, et 2o qu'il n'est pas l'antidote physiologique du venin des bothrops, puisqu'il ne paralyse pas son action lorsque ce venin a pénétré soit dans le sang, soit dans les divers éléments anatomiques des tissus.

ZOOLOGIE. — SUR LA VITALITÉ DES TRICHINES ENKYSTÉES DANS LES VIANDES SALÉES, par M. FOURMENT, présenté par M. L. Alph. Milne Edwards.

Des recherches de l'auteur, il résulte que dans des salaisons préparées depuis quinze mois au minimum, les trichines ne se sont pas seulement montrées vivantes, elles ont pu promptement subir leur entière évolution dans le tube digestif d'un nouvel hôte et déterminer chez lui des accidents mortels.

On ne saurait donc, dit-il, affirmer que l'action de la salure suffise à tuer rapidement et sûrement les trichines : celles-ci peuvent mourir dans les viandes salées comme dans tout autre milieu ; ainsi s'expliquent les expériences négatives publiées par des observateurs distingués; mais elles peuvent également y vivre pendant un temps considérable, sans que nous puissions aucunement déterminer la durée de la période nécessaire pour que la mort succède à la vie latente. Il convient de rappeler que la salure, trop souvent impuissante à tuer les trichines, a encore pour effet de soustraire celles-ci, dans une certaine mesure, à l'action de la chaleur : les anciennes expériences de Doyère le faisaient prévoir; les recherches récentes de M. Laborde l'ont pleinement établi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. PARROT, à l'occasion du procès-verbal, donne des explications à l'Académie sur la situation actuelle du dépôt des Enfants-Assistés au point de vue hygiénique, sur les améliorations qui y ont été réalisées dans ces derniers temps, sur celles qui sont en voie d'accomplissement et celles qui ne sont encore qu'en projet.

M. Parrot déclare d'abord n'avoir rien à ajouter à ce qu'a dit M. Guéniot dans la dernière séance, concernant l'ophthalmie purulente et la nourricerie pour l'usage des enfants syphilitiques. Des mesures d'isolement sont prises pour la variole et la rougeole. Quant à la diphthérie, qui n'a fait que trop de victimes, dans ces derniers temps, et de glorieuses victimes, l'administration vient d'établir pour les enfants qui en sont atteints un pavillon spécial isolé, au milieu des jardins. Il sera affecté à ce service un personnel spécial, qui n'aura aucune communication avec le personnel des autres services. La visite sera faite en dernier lieu dans ce pavillon, afin que le chef de service et ses élèves n'aient plus à rentrer dans d'autres salles. Enfin on y dégagera d'une manière continue des vapeurs désinfectantes.

Pour la coqueluche, il n'y a pas encore de service séparé; cela sera fait.

M. Parrot a demandé aussi une sorte de lazaret, c'est-à-dire une salle spéciale où seront reçus d'abord les enfants venus du dehors, pour y être examinés et dirigés ensuite dans les divers services appropriés, suivant leur état. Il a demandé, en outre, des salles pour les convalescents, qui seront encore plus utiles que ce

lazaret. Telles sont les améliorations qui sont en voie d'exécution ou qui le seront prochainement.

Après ces explications, M. Parrot répond à ce qui a été dit dans la dernière séance relativement aux admissions des enfants du dehors. Autorisé à faire une consultation pour les enfants des quartiers qui entourent l'hospice et à en accueillir quelques-uns pour le service de la clinique, il a la conviction, en agissant ainsi, d'avoir rendu des services à la population du quartier en même temps que d'avoir été utile à l'enseignement dont il est chargé. On a insinué que ces admissions d'un certain nombre d'enfants du dehors avaient dû être une cause de contamination et, par suite, d'augmentation de la mortalité dans la population de l'hospice. Il résulte des chiffres que cite M. Parrot que, depuis l'établissement de la clinique et de la consultation extérieure de cette maison, le petit nombre d'admissions du dehors n'a pu avoir aucune influence sensible sur l'accroissement des maladies contagieuses. D'ailleurs, il a donné à cet égard les instructions les plus rigoureuses pour qu'il ne soit admis à la consultation aucun sujet atteint de maladies contagieuses.

M. Marjolin réitère les instances qu'il a faites dans la précédente séance auprès de ses collègues et les adjure de nouveau d'agir, chacun dans les limites de leur influence et de leur pouvoir, auprès de l'administration pour lui faire comprendre la nécessité et l'urgence des mesures réclamées.

— M. le président annonce qu'il y aura un Comité secret à la fin de la séance pour entendre le rapport de M. Le Fort sur les candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.

Un Comité secret aura lieu également à la fin de la séance prochaine pour entendre le rapport de M. Leroy de Méricourt sur les propositions relatives à la section des académiciens libres.

— M. Thomas Caraman lit une observation relative à un cas de kyste fœtal provenant d'une grossesse extra-utérine remontant à cinq ans, opération au septième mois d'une grossesse nouvelle utérine. Guérison. (Renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Devilliers et Guéniot.)

— M. Béchamp lit un travail intitulé : *Les microbes sont-ils des organismes vivants?* Dans ce travail, l'auteur expose sa théorie expérimentale de l'antisepticité. En résumé, dit-il, la philosophie a cherché avec Heiln, Buffon et O'Cken l'élément organisé ayant la vie en soi. Les molécules organiques de Buffon, dans le vague des conceptions de l'illustre naturaliste, n'ont pas satisfait les savants, parce qu'il leur faisait jouer un rôle que l'on pourrait qualifier d'extravagant. O'Cken les a reprises, sans plus de succès. La théorie cellulaire, telle que l'ont conçue Küss et Virchow, a été abandonnée, parce que la cellule est un élément anatomique transitoire et parce qu'il n'a pas été démontré qu'une cellule procède nécessairement d'une cellule préexistante. Le microzyma est cette unité vitale autonome, agent doué d'activité chimique et hystogénique : élément histogénique fondamental que l'on retrouve à l'origine et après la destruction de tout organisme. La théorie du blastème est la vraie, si, avec moi, on admet que le blastème est vivant par les microzymas qu'on y découvre toujours. C'est par là que la doctrine de M. Robin triomphe et satisfait à tout. Nous pourrons encore dire, avec Küss et Virchow, que l'animal, tout être organisé, est une somme d'unités vitales ; mais ces unités ne sont pas représentées par la cellule, forme déjà d'une structure complète, pouvant, sans doute, se multiplier comme telle, constituer à elle seule un organisme : c'est le microzyma qui est la véritable unité vitale, car il sert à former la cellule vivante, aussi bien que les tissus non cellulaires ; car, à lui seul, isolé, il peut vivre, se multiplier et se suffire. C'est la présence constante de cet élément figuré et actif, partout où il y a vie, qui permet d'interpréter sans les détruire une foule de faits en apparence contraires de la théorie cellulaire et de la théorie des blastèmes.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en Comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Desprès revient sur la discussion au sujet de la laryngotomie intercricothyroïdienne. J'ai trouvé, dit-il, dans les Bulletins de la Société anatomique deux faits qui prouvent que cette opération n'est pas, comme on l'a dit, exempte de dangers. Dans une de ces deux observations, il s'agit d'un homme de 57 ans qui avait un épithélioma du larynx et à qui M. Gosselin fit la laryngotomie intercricothyroïdienne ; le malade mourut au bout de huit jours et l'on trouva une fracture du cricoïde. Dans la deuxième observation, M. Verneuil, chez un homme de 32 ans, et qui n'avait donc pas les cartilages ossifiés, ne put arriver à faire passer la canule. Ces deux faits prouvent donc que cette opération n'est pas toujours facile, et je ne comprends pas qu'on veuille la substituer à la trachéotomie ; si l'on s'en rapporte aux statistiques et aux faits nombreux réunis par Millard et par Bricheteau, qui chacun firent une thèse sur ce sujet, on verra que tous deux sont d'accord pour dire que la trachéotomie est une opération facile, et que sur les nombreux cas qu'ils ont réunis ils n'ont pas eu à enregistrer un seul décès opératoire

M. Verneuil : Quand nous avons soutenu la laryngotomie intercricothyroïdienne comme une bonne opération, nous l'avons surtout soutenue pour l'adulte, et M. Desprès vient nous opposer des trachéotomies chez l'enfant ; quant à l'exemple qu'il nous cite, le fait de M. Gosselin, dont le malade mourut huit jours après l'opération, cela n'a rien d'étonnant chez un cancéreux et ne peut être imputé à l'opération.

M. Farabeuf : Les deux faits sur lesquels se fonde M. Desprès n'ont pas grande valeur pour attaquer la laryngotomie intercricothyroïdienne. Le malade de M. Gosselin n'est pas mort de son opération, le larynx et la trachée étaient complètement envahis par le cancer. Quant au malade de M. Verneuil, il est dit dans l'observation que la crosse de l'aorte athéromateuse était à peine à trois centimètres du bord inférieur du cartilage cricoïde ; il eût donc été difficile de pratiquer la trachéotomie.

— La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

Sur 32 votants, M. Marchand a obtenu 25 voix ; M. Bouilly, 4 ; M. Reclus, 2 ; M. Richelot, 1. — M. Marchand est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

—M. Farabeuf lit un rapport sur une observation de M. Schwartz, intitulée : *Hernie inguinale droite étranglée, taxis inutile, kélotomie.*

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est que, après l'incision, la réduction demeura impossible ; le pédicule de la hernie était étranglé dans un anneau libre, qui, une fois sectionné, laissa réduire l'intestin. Il est probable que cet anneau était formé par le collet du sac qui aurait été détaché en partie par les efforts du taxis. Il existe deux observations semblables, une de Laugier et une de M. Gosselin.

— M. Farabeuf lit un deuxième rapport sur une observation de M. Reclus, d'angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire.

— M. Desprès remettra à la Société une observation d'angiome caverneux du cou, chez un enfant, en communication avec la veine jugulaire. La tumeur, qui avait été prise pour un kyste du cou, fut incisée ; il y eut une phlébite, et l'enfant mourut, et à l'autopsie on trouva que la tumeur communiquait par une seule veine avec la jugulaire.

— M. Tillaux revient sur la question des fistules recto-vulvaires : M. Verneuil a insisté sur la difficulté désespérante qu'il y a à guérir ce genre de fistules ; je suis de son avis, et je viens apporter mon contingent d'observations : la première malade que j'ai vue est une femme qui avait une de ces fistules que Dolbeau eut l'idée d'opérer comme une fistule à l'anus, en fendant le périnée, pour

faire ensuite la périnéoraphie ; celle-ci fut pratiquée par M. Gosselin ; malgré ce traitement, la fistule se reforma, et jamais elle n'a disparu. Chez deux autres malades que j'ai opérées plusieurs fois, j'ai eu aussi un échec.

J'ai obtenu un succès chez une jeune femme de Saint-Pétersbourg qui avait été opérée déjà trois fois sans succès ; elle vint à Paris et je lui fis une quatrième opération à la suite de laquelle elle fut complètement guérie. Voilà le procédé que j'ai employé : je fis une suture à boutons, et comme mon opinion est que le passage des gaz contribue pour beaucoup à l'insuccès, je préservai la plaie rectale, au moyen d'une baudruche maintenue par une pince à anneaux mise à cheval sur la cloison recto-vaginale ; par excès de précaution, je mis une sonde dans le rectum, mais elle ne put être supportée que quelques heures. Faut-il attribuer ce succès à la suture ou à la baudruche ?

Enfin j'ai guéri par la cautérisation au galvano-cautère une cinquième malade, qui avait une fistule consécutive à un abcès de la cloison ; mais c'est là un genre de fistules beaucoup plus faciles à guérir, et il ressort de nos observations, comme de celles des autres chirurgiens, que les fistules recto-vulvaires sont d'une cure très difficile.

M. TRÉLAT : Je voudrais que l'on abandonnât ce nom de fistules recto-vulvaire proposé par M. Verneuil. A mon avis cela est inexact, car ce sont des fistules recto-vaginales. Les recto-vulvaires sont ou accidentelles, mais dues à une autre cause, ou congénitales. Les fistules de déchirure sont en propre des fistules siégeant dans le vagin à deux ou trois centimètres de l'entrée de la vulve. — L'artifice employé par M. Tillaux n'est pas possible lorsque l'on se sert du procédé que j'emploie.

M. VERNEUIL : Il y a, je crois, trois variétés de fistules : 1o Les fistules recto-vaginales supérieures ; 2o les recto-vaginales inférieures ; 3o les recto-vulvaires, qui doivent leur permanence à l'amincissement considérable du périnée.

M. TRÉLAT : Le plus souvent, dans l'accouchement, il y a déchirure complète du périnée ; mais dans certains cas il n'y a qu'une rupture partielle et perforation de la cloison sans que le périnée soit déchiré.

M. MONOD : Je vais opérer prochainement un malade qui a une fistule de deux centimètres de longueur, et dont l'ouverture est immédiatement recto-vulvaire. Je pense l'opérer en fendant complètement le périnée, détruire la fistule par un avivement et faire la périnéoraphie.

M. LE DENTU : J'ai opéré de cette façon une malade qui avait une fistule consécutive à un accouchement, la réunion n'a pas été complète, la fistule s'est reproduite, mais l'état de la malade était assez amélioré pour qu'elle pût s'en tenir là.

M. GUÉNIOT émet quelques doutes sur l'étiologie donnée par M. Trélat, pour ces fistules ; il ne pense pas qu'il y ait de rupture partielle avec perforation de la cloison. Ce qui arrive quelquefois, c'est que pendant le passage de la tête, la muqueuse vaginale peut faire hernie à la vulve et se déchire sans que le périnée soit lésé, mais la muqueuse du rectum ne se déchire pas.

M. TRÉLAT maintient son opinion et croit à la rupture partielle de la cloison recto-vaginale.

Dr HENRI BASTARD.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE

Tenu les 11, 12 et 13 avril

Suite et fin. — Voir les numéros 15, 16 et 17.

— M. le docteur RAYMONDAUD, professeur à l'École de médecine de Limoges, membre du Conseil d'hygiène de la Haute-Vienne, communique un projet de crématoire ambulant pour la destruction des cadavres des animaux morts de maladies virulentes et, en particulier, d'affections charbonneses.

A la suite des expériences de crémation qui furent faites à Milan en 1880, sous les yeux des membres du troisième Congrès international d'hygiène, deux vœux furent émis : le premier, tendant à obtenir la crémation *facultative* des sujets humains ; le deuxième, la crémation *obligatoire* des cadavres des animaux morts de maladies virulentes et contagieuses.

Ce dernier vœu fut émis à l'unanimité des membres présents, c'est-à-dire près de 150 hygiénistes des plus autorisés, venus de presque toutes les parties du monde savant.

M. Raymondaud, au mois d'octobre 1881, eut l'occasion de traiter, à Limoges, un cas de pustule maligne survenue chez un homme qui avait manié, le jour précédent, des peaux sèches. En même temps, trois autres cas furent observés, et deux se terminèrent par la mort. Les recherches qu'il fit à l'occasion de ces cas, dont le rapprochement était une circonstance insolite dans la pathologie du pays, l'amenèrent à conclure :

1° Que les cas de pustule maligne sont rares dans la Haute-Vienne ;

2° Qu'ils sont le résultat d'opérations industrielles et commerciales plutôt qu'ils ne sont engendrés par des épizooties charbonneuses ;

3° Que l'enfouissement, mesure illusoire d'ailleurs, si l'on s'en rapporte aux récentes observations de M. Pasteur, est mal ou même pas du tout pratiqué, et qu'il importe, pour la sécurité du public, de chercher une protection plus efficace.

La publication de l'article que ces conclusions résument donna lieu à une communication du docteur Chicou (de Douzenac), d'où il ressort que les épizooties charbonneuses, même sur les grands animaux de l'espèce bovine, s'observent dans la Corrèze ; M. Chicou en relate deux qui sévirent dans l'arrondissement de Brives pendant les années 1877 et 1878 et qui firent de nombreuses victimes.

La question a donc plus d'importance, même au point de vue local, que M. Raymondaud ne lui en avait d'abord attribué. Mais, en la reprenant à Paris, devant une assemblée qui réunit les représentants des Sociétés savantes d'un certain nombre de départements, il lui semble qu'elle en acquiert une plus grande encore, plusieurs régions de la France étant infiniment plus intéressées que le Limousin à la destruction du principe charbonneux.

En concurrence de la crémation, d'autres moyens de destruction du principe morbide ont été proposés :

1° La cuisson préalable et l'enterrement dans des stations déterminées ; mesures adoptées comme conclusions par la septième section du Congrès de Turin ;

2° L'injection d'une solution d'acide sulfurique, titrée au 200e, solution que M. le docteur Thouvenet (de Limoges) considère comme capable de détruire absolument les bactéridies charbonneuses.

M. Raymondaud développe les raisons pour lesquelles il croit devoir préférer la crémation.

La difficulté était de rendre l'idée réalisable.

Il fallait d'abord éliminer le procédé rudimentaire du bûcher dressé en plein air, moyen lent, coûteux, fatigant, et qui laisse trop au bon vouloir des populations rurales.

Il n'y avait pas lieu de songer non plus aux appareils fixes ; une condition essentielle étant ici d'éviter les frais et les dangers du transport.

Restait à créer un crématoire mobile.

Celui qu'a imaginé M. Raymondaud et dont il donne deux figures schématiques, représentant l'appareil dans deux de ses fonctions, — en marche et à destination, — consiste essentiellement :

1° En un four communiquant avec une chambre crématoire dans laquelle est placé le cadavre de l'animal à incinérer ; — c'est le crématoire de Lodi, simplifié ;

2° En un train à quatre roues sur lequel est porté l'appareil ; il est muni de pièces de traction convenables ;

3° En un affût en fer, sur lequel doit reposer l'appareil pendant l'action, afin de préserver le train locomoteur de l'action destructive du feu.

L'auteur prévoit deux objections : le volume et le poids de l'appareil.

Il y répond par les considérations suivantes :

Le crématoire ambulant serait certainement moins volumineux qu'une batteuse mécanique et à peine plus lourd que les locomobiles qui actionnent ces batteuses. Or ces engins de l'industrie agricole sont aujourd'hui universellement acceptés et utilisés même dans les pays accidentés, comme le Limousin.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques : émissions sanguines ; transfusion du sang ; fer, par M. le professeur Georges Hayem. 1 vol. in-8. — G. Masson, 1882.

Les diverses branches de la médecine ont pris un tel essor que la thérapeutique ne pouvait rester en arrière, dominée par l'influence d'un empirisme doctrinal, et victime d'une sorte de défaveur imméritée. Mais le déterminisme si complexe de ses procédés et de ses méthodes, l'évolution graduelle qu'il a fallu subir pour que la science actuelle en arrive à une véritable indifférence en matière de doctrine et secoue le joug des conceptions théoriques du passé, enfin, ce fait que la thérapeutique suppose connues toutes les autres branches de la médecine et en particulier la physiologie pathologique, dont elle n'est que l'application, toutes ces raisons nous donnent le motif de l'entrée si tardive de la thérapeutique dans le mouvement scientifique.

Or ce mouvement scientifique doit à l'expérimentation ses succès les plus féconds et ses résultats les plus merveilleux : celle-ci peut-elle jouer le même rôle en thérapeutique, et estelle capable de nous montrer la raison d'être de toute action médicamenteuse, de façon à faire entrer le traitement des maladies dans la direction d'une science rationnelle complétement constituée ?

M. le professeur Georges Hayem se pose, dès le début de son livre, cette question fondamentale, et sans renier les conquêtes de l'empirisme, proclamant très haut que l'avenir lui réserve probablement encore d'importantes trouvailles, il pose en principe que la thérapeutique expérimentale, en nous éclairant sur la physiologie des médicaments, conduit à des applications éminemment pratiques, donne l'explication de la plupart des faits empiriquement acquis, et rationalise, par des données scientifiques, l'emploi des substances médicamenteuses dont l'action physiologique était encore l'objet de nombreuses controverses.

La thérapeutique expérimentale a déjà son histoire, dit le professeur G. Hayem, et il cite les célèbres expériences de Magendie, de Cl. Bernard et de Vulpian. La *pharmacodynamique* tout entière relève de la méthode expérimentale qui nous a révélé la grande loi des *électrités médicamenteuses*. D'autre part, comme on ne peut créer par l'expérimentation que de rares processus morbides, la *pharmacothérapie expérimentale* est encore limitée à l'étude de quelques médications générales. Si l'on sait, de par l'expérience, ce que deviennent, sous l'influence du médicament, la tension vasculaire, la crase sanguine, la vaso-motricité, la calorification, les gaz du sang, etc. ; si l'on connaît comment, dans quel temps et sous quelle forme il s'élimine ; si, en un mot, on peut suivre le médicament à travers l'économie depuis son point d'absorption jusqu'à sa sortie, on établit une solide base d'opérations sur laquelle on pourra constituer des hypothèses directrices que l'expérimentation sur certains éléments morbides simples provoqués chez les animaux infirmeront ou confirmeront, de façon à légitimer ou à repousser leur application à la clinique qui doit juger en dernier ressort.

Telle est la méthode nouvelle et séduisante que M. le professeur G. Hayem met en œuvre dans son livre, après l'avoir brillamment exposée dans une introduction qui est elle-même tout un programme de recherches à entreprendre dans cette direction.

La première partie du livre est consacrée à l'étude expérimentale des modifications que le sang peut subir sous l'influence des émissions sanguines et de la transfusion : l'anatomie et la physiologie du sang forment la base de cette étude.

Il faut d'abord connaître, en effet, et la masse totale, et la composition du liquide sanguin, car, sous l'influence de la saignée, le sang éprouve des modifications relatives à sa masse et à sa constitution anatomique et physico-chimique.

Plusieurs leçons sont consacrées à cet important préambule, et M. le professeur Hayem y décrit d'une manière fort complète les procédés ingénieux qu'il a découverts ou perfectionnés pour doser la masse totale du sang, la richesse globulaire et l'hémoglobine.

Puis vient l'exposé des *effets immédiats* et apparents d'une perte de sang unique plus ou moins prolongée : ces effets varient suivant la quantité de sang soustraite, la rapidité d'écoulement du sang, l'état de vacuité ou de plénitude des organes digestifs, la position du sujet ; pour établir leur valeur exacte, il est nécessaire de reproduire les émissions sanguines chez les animaux, et cette expérimentation permet, entre autres conclusions, à M. le professeur Hayem de bien catégoriser les diverses syncopes qui peuvent survenir à la suite des pertes sanguines, en syncope d'origine nerveuse, par anémie relative (syncope de position), par anémie absolue.

Viennent ensuite les *effets consécutifs*, l'anémie aiguë, dont l'étude conduit directement à la détermination du taux auquel peut s'élever la perte de sang sans que la mort s'ensuive : d'après M. Hayem, une perte unique et rapide de 2 kil. à 2 k. 500 est pour l'homme toujours très grave, souvent même fatale.

L'action des pertes réitérées est soumise au même contrôle expérimental : ici, l'observation et l'expérience s'accordent pour admettre que des pertes sanguines de 200 à 400 grammes peuvent être renouvelées à d'assez courts intervalles, chez des ndividus non affaiblis, sans péril réel.

Alors M. Hayem passe en revue toutes les grandes fonctions, et détermine, par la même méthode, l'influence qu'exercent sur elles les hémorragies : d'abord les phénomènes circulatoires avec les modifications de la pression sanguine, de la fréquence et de la forme des pulsations, de la vitesse du sang ; puis la respiration, les phénomènes nerveux, la température, les troubles nutritifs, les modifications dans la constitution du sang, forment le sujet d'autant de chapitres du plus haut intérêt, rehaussés par l'attrait d'expériences nouvelles qui viennent éclairer les points douteux et fournissent à chaque pas des aperçus originaux sur cette vieille question, tant étudiée cependant, des émissions sanguines.

Au point de vue des modifications dans la constitution du sang, la saignée produit un abaissement immédiat du chiffre des globules et de la richesse en hémoglobine ; une saignée

unique diminue la fibrine, tandis que des saignées coup sur coup l'augmentent. Mais on ne peut rien conclure encore sur les variations des gaz du sang, si ce n'est une suractivité des échanges gazeux. Les modifications dans le nombre et la qualité des éléments figurés sont étudiées par M. Hayem, dans tous leurs détails; il passe successivement en revue les variations des globules rouges et blancs, des hématoblastes, les altérations qualitatives des mêmes éléments.

Toute cette partie va servir à M. Hayem à étayer sa théorie sur la réparation sanguine, son point de départ et les organes formateurs du sang : cette théorie, précédemment exposée par l'auteur dans ses très remarquables recherches sur les hématoblastes, peut donner la solution d'un grand nombre de problèmes qui sont afférents à l'évolution du sang dans les conditions normales et pathologiques.

Les recherches précédentes doivent être maintenant synthétisées au point de vue de l'emploi thérapeutique des saignées. Une seule formule peut tout résumer : Le pouvoir de réparation rapide que possède le sang a des limites qu'il serait imprudent de franchir; la perte de sang unique, même copieuse, est bien supportée; les saignées coup sur coup sont plus sérieuses. On ne doit donc faire appel à la saignée que si l'organisme est capable de réparer à la fois les désordres produits par la maladie et ceux que va causer la saignée. Ainsi, elle est utile dans les maladies aiguës à cycle court, car il se produit dans celle-ci, au début de la convalescence, une crise hématique qui indique la suractivité renaissante des organes hématopoiétiques : elle est nuisible dans les maladies aiguës de longue durée qui altèrent les organes fabricateurs du sang, comme la fièvre typhoïde. Les chlorotiques, les anémiques, et tous ceux dont l'organisme est incapable de produire un sang physiologique, ne doivent jamais être saignés, même en face de la phlegmasie la plus franche : il n'y a qu'une exception, c'est le cas où des manifestations asphyxiques menacent à bref délai l'existence : alors toute considération doit s'effacer devant l'urgence de la déplétion vasculaire.

La seconde partie du livre de M. Hayem est consacrée à la transfusion : la troisième envisage l'étude pharmacodynamique et pharmacothérapique du fer. Notre collaborateur, M. Ricklin, a déjà entretenu les lecteurs de la Gazette médicale de tout ce qui concerne la transfusion. Quant au rôle et à l'emploi du fer en thérapeutique, ce sont là des questions d'une actualité toujours renaissante et que M. Hayem a élucidées d'une manière fort originale dans leurs rapports avec la chlorose, les anémies par perte de sang, les maladies hémorragipares, l'anémie des convalescents et les anémies symptomatiques. Il conclut en disant que, dans toutes les aglobulies, l'action du fer est éminemment utile, mais que cette action, curative dans les anémies primitives, reste palliative dans les anémies secondaires.

Dans cette analyse trop rapide, nous n'avons pu que signaler l'idée directrice du livre de M. Hayem et la méthode qu'il a inaugurée dans son cours de thérapeutique à la Faculté de médecine; il est regrettable que l'espace qui nous est réservé ne nous permette pas d'insister davantage sur les détails de cette œuvre considérable et destinée à marquer les débuts d'une étape nouvelle pour la thérapeutique.

Certes, les amateurs de médecine facile ne trouveront ici rien qui les satisfasse : M. le professeur Hayem envisage la thérapeutique au point de vue élevé de son avenir; il indique que celui-ci doit être, à la fois, expérimental et clinique; puis il trace le plan de la réforme ardue qu'il a la hardiesse d'entreprendre et dont son livre nous donne l'exemple et la portée. Mais celui qui veut arriver au déterminisme exact des méthodes thérapeutiques qu'étudie l'éminent professeur ne saurait prendre de guide plus sûr et plus complet.

Les leçons de M. le professeur G. Hayem ont été recueillies et rédigées par un médecin distingué des hôpitaux, M. L. Dreyfus-Brisac, qui a prêté aux idées du savant professeur l'appui de son talent de rédacteur.

Albert Robin.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Le personnel médical des hôpitaux vient d'être frappé de nouveau. M. Oscar Guy, externe à l'hôpital Laënnec, vient de succomber aux atteintes d'une fièvre typhoïde contractée dans le service auquel il était attaché.

***

Service de santé. — M. le docteur Legouest, membre de l'Académie de médecine, est nommé, par décret en date du 29 avril 1882, médecin inspecteur général (emploi créé).

MM. les docteurs Baudouin et Daga, médecins principaux de première classe, sont promus au grade de médecins-inspecteurs.

***

Faculté de médecine de Paris. — Dans l'espace de huit années, de 1872 à 1880, 5,971 diplomes ont été délivrés, dont 4,589 de docteur, 108 d'officier de santé, 1,216 de sage-femme de première classe et 58 de sage-femme de seconde classe.

***

M. le professeur Léon Le Fort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses conférences de clinique le mercredi 10 mai, à neuf heures.

Le mercredi, leçon à l'amphithéâtre et opérations.

Les lundis et vendredis, exercices cliniques dans les salles.

***

M. le professeur A. Fournier a commencé son cours sur les maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis le vendredi 5 mai, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre (neuf heures et demie).

Mardi, leçon au lit des malades.

***

Hopital du Midi. — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences cliniques sur les maladies vénériennes le dimanche 7 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

***

M. le docteur E. Ménière commencera son cours public d'otologie le vendredi 12 mai, à midi, dans l'amphithéâtre no 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

***

Nominations. — M. le professeur Vulpian et MM. les docteurs Collineau et Napias sont nommés membres de la Commission d'hygiène des écoles.

MM. les professeurs Trélat et Vallin sont nommés membres de la Commission des bibliothèques populaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1881-82.

69. M. de Madre. Des abcès du sinus maxillaire. — 70. M. Damée. De l'ongle incarné et d'un procédé spécial d'opération. —

71. M. Grégoire. Auscultation de la voix aphone chez les tuberculeux. — 72. M. Carafy. Étude sur le traitement des fractures indirectes récentes du rachis. — 73. M. Savard. Des myélites syphilitiques. — 74. M. Ingigliardi. Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'essence de térébenthine administrée à petites doses. — M. Guitter. Des cirrhoses mixtes. — 76. M. Lallement. Etude sur l'anatomie et la pathologie des ligaments larges.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 14 AVRIL AU JEUDI 20 AVRIL 1882.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 28. — Rougeole 29. — Scarlatine 4. — Coqueluche 3. — Diphthérie, croup 70. — Dysenterie 0. — Erysipèle 20. — Méningite (tubercul. et aiguë) 60. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 238. — Autres tuberculoses 18. — Autres affections générales 66. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 46. — Pneumonie 109. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 57. — au sein et mixte 36. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 84. — de l'appareil respiratoire 86. — de l'appareil digestif 37. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 36. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 1,300 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE L'EMBRYOLOGIE ET DE LA CLASSIFICATION DES ANIMAUX, par E. Ray-Lankester, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'University College de Londres. Traduction française d'un mémoire publié en anglais dans le QUATERLY MICROSCOPICAL JOURNAL, 1877. 1 vol. in-18 jésus de 107 pages avec 37 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE, son histoire, ses origines et les procédés thérapeutiques qui en dérivent, par le docteur Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 149 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA SYPHILIS, étudiée plus particulièrement chez la femme, par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition revue et augmentée, avec figures dans le texte et 8 planches en chromolithographie. — Prix : 21 fr. Cartonné : 22 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

ÉTUDE CLINIQUE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ACCIDENTEL, suivie de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement artificiel; à Lyon, par le docteur Vaysselles. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

DE LA MENSURATION THÉORIQUE ET PRATIQUE DU DIAMÈTRE PROMONTO-PUBIEN MINIMUM, AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL ET D'UN PELVIMÈTRE DIRECT A ARC TANGENT AU PUBIS, par le docteur E. Crouzat. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par S. Tarnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de la Maternité, et par G. Chantreuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique. 1 vol. in-8 de 950 pages avec 285 fig. — Prix de l'ouvrage complet, le 2e volume avec la collaboration du docteur Budin, payé d'avance, 25 fr. — Paris, librairie, H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 19 13 MAI 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 11 mai 1882.

LA CITÉ DES KROUMIRS. — LA FOLIE ET LE DIVORCE.

M. Marjolin a présenté à l'Académie de médecine, au nom du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, un rapport sur l'insalubrité de deux cités de Paris : la cité Doré et la cité des Kroumirs. Nous avions reçu nous-même ce rapport depuis quelque temps et nous nous proposions d'en dire un mot à nos lecteurs; M. Marjolin nous en fournit l'occasion.

Les deux cités dont il s'agit sont voisines l'une de l'autre; elles sont situées dans le treizième arrondissement, entre le boulevard de la Gare, la rue Jenner et la place Pinel. La plus ancienne, la cité Doré, occupe un terrain privé dont le propriétaire, créateur de la cité, lui a donné son nom. La seconde doit son nom, ou plutôt son surnom, à ses conditions de construction, d'aménagement, de salubrité ainsi décrites par l'ingénieur ordinaire que l'administration, à la suite de différentes plaintes, a chargé d'une enquête.

« Qu'on s'imagine, dit-il, un terrain de 30 mètres de largeur et de 250 mètres de longueur environ, en pente vers la rue Jenner, sans issue et sans écoulement d'eau vers cette rue. Au milieu de ce terrain un chemin en terre grasse, détrempé par la moindre pluie et rendu infect par les détritus et les déjections de toute espèce qui s'y sont incorporés. De chaque côté de ce chemin, des abris plutôt que des baraques construits en vieux matériaux, en paillassons, en loques, en tout ce que l'ingéniosité de la plus poignante misère peut rassembler et coudre pour se préserver de l'intempérie des saisons. Près de quelques-uns de ces réduits, une fosse en terre, quelquefois un tonneau enfoncé dans le sol, sert de cabinet d'aisance. Un peu partout des ordures ménagères, des matières fécales, des débris de toutes sortes. »

Sait-on maintenant quel est le propriétaire de l'emplacement occupé par cette cité, qui comptait à la fin de janvier 117 habitants répartis en 26 ménages, et dont la population s'accroît tous les jours? Ce propriétaire, c'est l'administration de l'Assistance publique.

Il faut dire de suite, pour exonérer dans une certaine mesure cette administration, qu'entre elle et les malheureux habitants de la cité des Kroumirs il y a un intermédiaire, un principal locataire qui a utilisé son bail et exploité son terrain à sa guise, au mieux de ses intérêts peut-être, mais non au mieux des intérêts de la santé publique. Il y a seulement lieu de s'étonner, avec la commission d'hygiène du treizième arrondissement, « qu'une grande administration publique n'ait pas stipulé plus étroitement les conditions de location et n'y ait pas tenu plus strictement la main. » Et, comme ce n'est pas la première fois qu'on relève de pareilles infractions aux règlements de l'hygiène sur des propriétés appartenant à l'administration de l'Assistance publique, M. Du Mesnil a pu porter, au nom de la commission des logements insalubres, ce jugement sévère : « Si l'Assistance publique prenait à tâche de créer des malades pour alimenter ses services hospitaliers, elle n'agirait pas autrement. »

FEUILLETON

NOTE SUR CHARLES DARWIN, par M. DE QUATREFAGES (1).

Dans la dernière séance, notre honorable président a bien voulu me prévenir qu'il m'interpellerait aujourd'hui et me demanderait de dire quelques paroles rappelant les travaux scientifiques de Darwin. J'ai dû répondre qu'il m'imposait une tâche bien difficile, et que ce n'est pas dans une courte note qu'il est possible d'apprécier et de faire comprendre un ensemble très considérable de recherches, portant sur une foule de sujets les plus divers, et surtout une doctrine dont l'influence profonde s'est fait sentir, non seulement dans le domaine dévolu aux sciences naturelles, mais, on peut le dire, dans presque tout le champ de la pensée humaine. Je n'ai pourtant pas voulu reculer devant un appel dont je me tiens pour honoré.

Mon passé me faisait en quelque sorte une loi de répondre. J'ai combattu franchement les doctrines si populaires de Darwin; mais j'ai toujours et hautement rendu justice à l'homme et au savant. L'Académie sait que, de la première à la dernière candidature de notre regretté correspondant, ni mon vote ni ma parole ne lui ont fait défaut. Provoqué par notre président, je ne pouvais me taire aujourd'hui. Je vais donc essayer de résumer en aussi peu de mots que possible l'impression générale que me laisse cette carrière, dont on trouverait peu de pareilles dans les annales de la science.

Il y a deux hommes dans Charles Darwin : un naturaliste, observateur, expérimentateur au besoin, et un penseur théoricien. Le naturaliste est exact, sagace et patient; le penseur est original et pénétrant, souvent juste, souvent aussi trop hardi. C'est cette hardiesse qui a conduit Darwin dans des sentiers où n'ont pu le suivre bien des savants moins aventureux. Mais devons-nous oublier pour cela que, avant de s'égarer et au milieu même de ses excursions les plus imprudentes, il avait découvert et frayait cha-

(1) On a reproché à l'Académie des sciences d'avoir hésité et tardé à s'adjoindre Darwin : la note que nous reproduisons d'après les comptes rendus de l'Académie, due à un homme qui a combattu les doctrines du naturaliste anglais, montre en quel honneur et quelle estime il était tenu au sein de la savante compagnie.

L'opinion pnblique, sans parler de toutes les commissions d'hygiène et des autorités compétentes, étant saisie de la question, il faut espérer que désormais l'administration de l'Assistance publique exercera nne surveillance plus active sur l'exploitation des terrains qui lui appartiennent. Pourquoi, au lieu de les louer à vil prix à un principal locataire, ne prendrait-elle pas elle-même l'initiative de l'édification d'une cité, où toutes les règles de l'hygiène seraient observées, et où les indigents, sans payer plns cher qu'ils ne payent actuellement, trouveraient des logements sains? Ce serait là de la bonne propbylaxie, qui diminuerait le contingent fourni par ces indigents à la clientèle bospitalière, et profiterait d'autant au budget même de l'Assistance publique. Nous ne pouvons qu'indiquer ce point : le temps et l'espace nous font également défaut pour le développer.

— La loi sur le divorce, votée en première lectnre par la Chambre des députés, a déjà soulevé et soulèvera certainement, quand elle sera mise en vigueur, des questions d'ordre médical. La commission parlementaire s'est demandé, par exemple, si l'aliénation mentale, qui confine parfois à la criminalité, qui, dans bien des cas, entraîne comme celle-ci la mort sociale de l'individu, ne doit pas être comprise parmi les causes légales de divorce. Consultés par elle, MM. Blanche, Charcot et Magnan ont répondu négativement, et le premier de ces honorables confrères a fait connaître mardi dernier à l'Académie de médecine les motifs de sa réponse. D'unanimes applaudissements lui ont montré qu'il est sur ce point en communauté d'opinion avec tous ses collègues.

On lira plus loin l'analyse des différentes considérations développées avec talent et conviction par M. Blanche. S'il nous fallait, à notre tour, exprimer notre pensée, nous dirions simplement : l'aliénation mentale est une maladie; son incurabilité ne dépasse pas celle d'autres états morbides, le cancer, la tuberculose, par exemple; l'aliéné, commme tout autre malade, a droit, de la part de son conjoint, à des soins affectueux, dévoués, et une loi d'exception qui, en rompant les liens du mariage, le priverait de ces droits, de ces soins, ajouterait une une flagrante injustice à son malheur.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS

III

Leçon de M. Jules Simon, recueillie par M. Varèle et revue par le professeur.

Suite. — Voir les numéros 7 et 8.

9° *Diarrhée aiguë dysentérique.* — Nous arrivons maintenant à la diarrhée aiguë dysentérique, qui se rapproche de la diarrhée dysentériforme et des flux de sang par quelques caractères; pour les gens du monde, tout enfant qui a de la diarrhée et rend du sang a de la dysentérie.

Cependant la distinction entre ces deux maladies est capitale. Ainsi, au point de vue anatomo-pathologique, la diarrhée dysentérique est une affection caractérisée par une ou plusieurs ulcérations de la muqueuse du gros intestin, tandis que dans la diarrhée dysentériforme la muqueuse intestinale n'est nullement ulcérée, mais seulement fluxionnée, congestionnée, et le sang rendu dans les garde-robes provient des veines du rectum. Enfin, dans le flux de sang, il y a transsudation du liquide sanguin à travers les vaisseaux capillaires déchirés, comme dans l'épistaxis, et sans qu'il y ait pour cela fluxion de la muqueuse. Ainsi, pour la lésion anatomo-pathologique, ces trois états sont parfaitement distincts.

Quant à la symptomatologie, la dysentérie est caractérisée par des douleurs abdominales très vives, fréquentes, de véritables tranchées, entraînant une certaine prostration, voire même parfois un état syncopal; ce sont aussi des envies fréquentes d'aller à la garde-robe et du ténesmè. Les douleurs abdominales s'accompagnent d'une tension plus ou moins grande du ventre, de l'expulsion, dans les selles, de mucosités glaireuses, sanguinolentes, parfois aussi de sang pur ou intimement mêlé à des éléments fibrineux ou albumineux. Les malades rendent très peu de matières à la fois et quelquefois même ne rendent rien du tout. Ce sont alors de véritables épreintes, en même temps que la miction est devenue difficile par la contraction du col de la vessie.

que jour quelque voie nouvelle, où les hommes les plus circonspects marchent aujourd'hui à sa suite ?

Darwin ne s'est jamais spécialisé. Pour juger son œuvre scientifique entière, il faudrait être géologue et botaniste, tout autant que zoologiste. Ne pouvant porter par moi-même un jugement motivé sur une grande partie de ses travaux, je me bornerai à rappeler les preuves de haute estime que leur ont accordées les autorités les plus compétentes. Ces témoignages indiscutables ne me manqueront pas.

Le 27 décembre 1831, Darwin, alors âgé de vingt-deux ans, montait à bord du *Beagle*, qui, sous le commandement du capitaine Fitz-Roy, partait pour un voyage autour du monde.

Il revenait en Angleterre, après une campagne de cinq ans, et commençait immédiatement une série de publications qui lui assurèrent bien vite une place à part parmi les savants ses compatriotes.

Disons d'abord un mot de son Journal de voyages. On parle trop peu de ce livre, où l'on voit poindre déjà quelques-unes des idées que l'auteur devait développer plus tard, où sont consignés une foule de faits de détail parmi lesquels il en est de fort importants. Qu'il s'agisse de l'homme, des animaux ou des plantes, Darwin s'y montre observateur curieux et sagace, sachant saisir rapidement des rapports parfois éloignés et en faire jaillir des conséquences. Il s'y montre aussi homme de cœur. L'extermination des Tasmaniens lui fit pousser un cri d'indignation qui, disons-le à l'honneur des Anglais, a été répété par bon nombre de ses compatriotes.

Notre correspondant fut chargé de diriger la publication des résultats scientifiques acquis par l'expédition du *Beagle*. Il eut pour collaborateurs Owen, qui décrivit les mammifères fossiles; Waterhouse, qui publia les mammifères vivants. Gould s'était chargé des oiseaux; mais, envoyé en Australie, il laissa ce travail à Darwin, qui se fit aider par Gray, comme il ne manque pas de le dire. Toutefois deux grands mémoires, intitulés *Introduction*, l'un sur la géologie considérée dans ses rapports avec les espèces mammologiques éteintes, l'autre sur la distribution géographique des mammifères vivants, attestent la connaissance qu'il avait de ces groupes et son aptitude à traiter les questions générales.

Ce n'est pas que Darwin ait reculé devant les études minutieuses qui exigent la connaissance et la distinction des espèces. Il l'a

Dans la diarrhée dysentériforme, les garde-robes, précédées de douleurs, sont celles de l'entérite; leur fréquence est de cinq à six par jour. Elles sont abondantes, elles ne s'accompagnent pas de tranchées et ne sont pas suivies de syncope. Les douleurs abdominales ont une intensité bien moindre que dans la diarrhée dysentérique. Le sang n'est pas mêlé intimement aux matières expulsées comme dans cette dernière, mais il est rendu pur et comme surajouté aux garde-robes. Enfin les phénomènes morbides n'ont pas la durée ni la persistance que l'on retrouve dans la dysentérie, et l'état général du malade est aussi tout à fait différent, très grave et pouvant entraîner la mort dans le premier cas; dans le second, au contraire, il ne donne généralement lieu à aucune inquiétude sérieuse.

Pour le flux de sang, dont il nous faut maintenant dire aussi quelques mots, il peut se produire dans trois circonstances : 1° soit chez des enfants issus de parents hémophiliques, perdant abondamment du sang pour la moindre piqûre, pour la plus légère blessure, ayant fréquemment des épistaxis et pour ainsi dire sans cause appréciable ; 2° soit chez des enfants cachectiques, tuberculeux ; 3° soit enfin dans le cours d'une fièvre typhoïde ou sous l'influence de quelque fièvre palustre. Il n'y a donc nulle parité entre le flux de sang et les états dysentériques ou dysentériforme que nous venons d'étudier avec tout leur cortège symptomatologique. J'ajouterai, de plus, que lorsque ces accidents hémorrhagiques ont lieu dans le cours d'une fièvre typhoïde, le sang est rendu pur, en nature. Enfin je dirai encore que la dysentérie est rare chez l'enfant ; c'est à peine si nous en observons trois ou quatre cas, chaque année, dans cet hôpital, tandis que la diarrhée dysentériforme est fréquente.

Si nous consultons les ouvrages cliniques, nous voyons que le traitement à instituer est assez difficile. Trousseau n'autorise l'emploi de l'opium que vers la fin seulement de la maladie, et encore à peine ose-t-il le donner, même à très petites doses : une goutte de laudanum toutes les heures au plus chez l'adulte ! tant il a peur des opiacés dans la dysenterie.

Pour moi, je suis de tout autres errements. Voici, du reste, le traitement auquel j'ai recours : tout d'abord, séjour au lit, et, comme boissons, de l'eau de riz, de l'eau albumineuse, puis la décoction blanche de Sydenham, du bouillon, du lait, afin de nourrir le malade avec ménagement ; de l'eau-de-vie diluée dans de l'eau, ou bien une cuillerée à café de vin de Malaga dans de l'eau de riz. De plus, je fais envelopper les jambes de hottes de ouate pour maintenir la chaleur des extrémités, combattre toute tendance au refroidissement.

Pour lutter contre les douleurs et la faiblesse, je prescris la potion suivante, dans laquelle j'associe le laudanum à l'alcool :

Eau gommée		100 grammes.
Sous-nitrate de bismuth		4 —
Eau de mélisse		10 —
Vin de Malaga (selon l'âge) de 15 à		20 —
Sirop de quinquina		30 —
Laudanum de Sydenham	à 2 ans	2 gouttes.
	à 3 ans	3 —
	à 5 ou 6 ans	5 à 10 gouttes.

Une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures si les douleurs diminuent.

Vous devez d'autant moins craindre, en pareils cas, l'opium, que la muqueuse digestive (stomacale ou intestinale), recouverte par les produits de la sécrétion catarrhale, absorbe moins facilement les substances administrées.

Vous ajouterez dans la potion, dans les tisanes ou dans le bouillon, de la glace râpée.

De plus, matin et soir, vous prescrirez de grands lavements d'eau destinés à faire une véritable irrigation de l'intestin, et, après chacun d'eux, vous ferez prendre un petit lavement d'amidon cuit, contenant aussi une ou deux gouttes de laudanum de Sydenham, suivant l'âge du malade, et ce, sans qu'il vous soit permis d'avoir, au sujet de son emploi, aucune inquiétude.

Ces grands lavements, composés de deux ou trois verres d'eau, selon l'âge de l'enfant, ne sont pas un traitement banal, mais ils ont pour but de débarrasser la partie du gros intestin qu'ils peuvent atteindre des matières irritantes sécrétées par la muqueuse.

En outre, tous les deux jours, je donne un petit purgatif léger, soit un verre à Bordeaux d'eau de Pullna, soit un peu de manne, soit 10 ou 20 centigrammes de calomel, soit mieux encore, un mélange à poids égal de

Calomel............ } āā 5 à 10 centigrammes.
Poudre de Dower.... }

divisés en quatre ou cinq petits paquets à prendre échelonnés dans la matinée.

bien prouvé par la manière dont il a traité monographiquement l'histoire des Cirrhipèdes. Avant lui il n'existait guère sur cette classe que des matériaux épars, et la caractérisation des groupes était trop avancée pour que les géologues pussent tirer parti des fossiles de ce genre enfouis dans divers terrains. Darwin consacra trois volumes, représentant plus de douze cents pages, à l'étude des Cirrhipedes vivants et fossiles. Ce travail fut imprimé aux frais de la Société paléontologique. C'est dire quelle en a été la valeur, car Darwin n'était encore que le *naturaliste du* Beagle ; et ce n'est pas à sa réputation future, que rien ne permettait alors de prévoir, qu'a pu s'adresser un hommage aussi significatif.

Toutefois, au début, c'est vers l'histoire de notre globe que semblent s'être portées de préférence les préoccupations de Darwin. Lors de la publication scientifique du *Beagle*, il se chargea seul de la partie géologique, qui comprend plusieurs volumes. Il y insérа ou il publia ailleurs un grand nombre de mémoires ou de notes, entre autres sur les îles de corail, sur la formation des îles volcaniques, sur la géologie des îles Falkland, sur les divers phénomènes géologiques qui se sont manifestés dans l'Amérique du Sud, etc. Ces diverses publications lui valurent, de la part de la Société géologique de Londres, la médaille de Wollaston, récompense la plus élevée dont dispose cette Société.

Plus tard, ce fut la botanique qui attira surtout l'attention de Darwin : non pas la botanique descriptive, mais bien cette partie de la science qui touche à des phénomènes obscurs, peu connus et relevant surtout de la physiologie. On sait quelle importance les savants les plus autorisés ont attachée à ses observations et à ses expériences sur le polymorphisme, sur le croisement entre les formes différentes d'une même espèce, sur les plantes grimpantes, sur la fécondation des Orchidées, etc. L'éminent botaniste Hooker, dans un discours solennel, déclarait que les découvertes physiologiques de Darwin étaient les plus belles qui eussent été faites depuis dix ans. Notre illustre confrère M. de Candolle n'a jamais caché son admiration pour le savant anglais ; et, dans une lettre que je retrouverais au besoin, il m'écrivait à peu près, avec la modestie que nous lui connaissons tous : « Ce n'est pas moi, c'est Darwin que l'Académie aurait dû nommer son associé étranger. »

Et pourtant ce n'est pas cet ensemble de travaux, tous précis, tous exacts, tous apportant à la science des résultats désormais acquis, qui ont valu à Darwin son immense réputation et sa popu-

Ces purgatifs légers modifient avantageusement les selles ; les garde-robes sont moins donloureuses et moins sanglantes.

L'ipécacuanha, qne Mercier rapportait du Brésil, sous le régne de Louis XIV, comme guérissant la dysenterie, de même que le sulfate de quinine la fièvre intermittente, est un très bon médicament pour les adultes, à doses vomitives. Mais pour les enfants, dans la maladie qui nous occupe, je suis plus timoré et je ne le donne guére que vers le deuxiéme ou le troisième jour pour amener quelque perturbation de l'économie au point de vue intestinal.

Quoi qu'il en soit, et ceci dit entre parenthèses, je prescris donc un purgatif léger tous les deux jours, ainsi que des lavages de l'intestin à grande eau, et je n'ai recours aux vomitifs qu'un peu plus tard, de peur d'amener quelque dépression des forces, toujours fâcheuse chez nos petits malades.

Puis, au bout de peu de jours, dès que la fièvre et la douleur ont cédé, on peut recourir aux lavements avec l'eau de bois de campêche, ou le nitrate d'argent, ou le perchlornre de fer. C'est ainsi qu'après avoir fait administrer un premier lavement de deux verres d'eau, je prescris un second lavement composé, par exemple, de

Nitrate d'argent..... .	5 à 10 centigrammes.
Eau..................	250 grammes.

dont on injecte dans l'intestin de 120 à 150 grammes environ. Si les modifications obtenues me paraissent insuffisantes, j'augmente la dose du nitrate d'argent et la porte au chiffre de 20 centigrammes. Le résultat ne me semble-t-il pas encore satisfaisant, j'ordonne un lavement avec l'eau de bois de campêche, avec le cachou, le tannin ou l'alun en petite quantité. Les selles sont-elles trés fétides, j'ai recours à une solution phéniquée ainsi composée :

Acide phénique................	10 grammes.
Eau...........................	250 —

dont on prend une cuillerée à dessert pour l'ajouter au verre d'eau tiède destiné à laver l'intestin.

Pendant ce temps, je soutiens l'enfant avec l'alcool, le vin de Malaga dans les tisanes, tandis que je fais faire, contre les douleurs abdominales, des frictions belladonées sur le ventre avec le liniment suivant :

Huile de jusquiame..............	30 grammes.
Extrait de jusquiame...........	6 —
Extrait de belladone............	4 —

On applique aussitôt après un cataplasme que l'on recouvre de flanelle.

Tel est le traitement de la diarrhée dysentérique auquel j'ai recours, traitement, il ne faut pas se le dissimuler, qui est d'une assez longue durée.

Quant à la diarrhée dysentériforme, la médication est celle de l'entérite aiguë, à laquelle on ajoute, dans le but de modifier la surface muqueuse dn rectum, les lavements avec l'eau de campêche ou l'eau de noyer, et quelquefois même, pendant un jour on deux, avec le nitrate d'argent. Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, le pronostic de la diarrhée dysentériforme n'est point grave, et les parents du petit malade s'en épouvantent à tort. De plus la convalescence est rapide.

Pour le flux de sang qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde ou qui dépend de la fièvre intermittente, vous aurez recours au traitement de l'une ou l'autre de ces denx maladies. S'il est lié à quelqne état cachectique, vous vous adresserez aux hémostatiques généraux ; s'il s'agit d'un enfant tuberculeux, vous prescrirez toutes les deux heures une goutte de perchlorure de fer, de la glace, une limonade fortement acidulée dans laquelle vous ajouterez dix grammes d'eau de Rabel pour un litre, des boissons glacées, du bouillon froid, des lavements froids additionnés de deux gouttes de laudanum, ainsi qu'un lavement, dans la journée, contenant de cinq à six gouttes de perchlorure de fer pour 125 gr. d'eau. Du reste, nous y reviendrons tont à l'heure.

(A suivre.)

CHIRURGIE CONSERVATRICE

De la conservation de la main par l'ablation des os du carpe et la résection radio-carpienne, par M. Ollier.

Si tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour préférer, en thèse générale, les résections aux amputations, dans les lésions articulaires du membre supérieur, il en est encore bien peu qui aient obtenu par l'ablation du carpe ou la résection radio-carpienne des résultats satisfaisants, et la plupart sont partisans de l'amputation de l'avant-bras, dans les ostéo-arthrites suppurées du poignet, quelle que soit leur origine, dès que la vie est menacée par les accidents inflammatoires.

La rareté des résections du poignet tient aux dangers inhérents

---

larité bruyante. C'est sa théorie sur l'origine des espèces qui a appris au monde entier, aux ignorants comme aux savants, le nom de l'illustre Anglais. C'est que cette théorie semblait répondre à une des aspirations les plus vives et, je n'hésite pas à le dire, à un des besoins les plus nobles de l'esprit humain ; c'est qu'elle paraissait expliquer le monde des êtres organisés, comme les mathématiques, l'astronomie, la géologie, la physique, ont expliqué le monde des corps bruts. Ce que Darwin a tenté, c'est de rattacher à l'action des causes secondes seules le merveilleux ensemble qu'étudient les botanistes, les zoologistes; il a voulu en faire comprendre la genèse et l'évolution, de même que les astronomes et les géologues nous ont appris comment notre globe a pris naissance, comment sa surface est devenue ce que nous la voyons.

Il n'y a rien que de parfaitement légitime dans ce grand effort d'un grand esprit, et il faut bien que la conception de Darwin ait en elle quelque chose de sérieux autant que de séduisant, pour avoir entraîné, non pas seulement la foule, qui juge sur parole et trop souvent au gré de ses passions, mais surtout des hommes comme Hooker, Huxley, Vogt, Lubbock, Brandt, Philippi, Haeckel, Lyell et tant d'autres.

C'est qu'en effet le point de départ de Darwin est inattaquable. Personne aujourd'hui, je pense, ne songerait à nier ce qu'a de parfaitement vrai ce qu'a dit le savant anglais de la lutte pour l'existence et de la sélection naturelle. C'est qu'il est resté jusque-là sur le terrain de l'observation, de l'expérience. Plus loin, ces deux guides de la science moderne lui font subitement défaut. Lui, qui cherche à expliquer l'origine des espèces, il ne se demande pas ce qu'il faut entendre par ce mot : je ne veux pas rechercher ici quelle est la notion vraie que l'on doit avoir de ce groupe fondamental. Mais encore était-il nécessaire que, voulant en parler, Darwin s'en fît une idée précise quelconque. C'est ce qu'il n'a pas fait, et voilà comment il est tombé dans le vague qui l'a conduit à l'erreur. C'est comme un voyageur qui, suivant une route sûre, quoique aride, la quitterait, séduit par le mirage, et se perdrait en plein désert.

Mais ce voyageur, tout égaré qu'il est, peut découvrir au milieu des sables, de riches oasis dont il révélera l'existence. Telle a été la destinée de Darwin. C'est précisément sous l'empire des idées que je ne puis accepter qu'il a entrepris et mené à fin quelques-uns de ses travaux les plus curieux, les plus importants, tra-

à ces tentatives conservatrices et aux mauvais résultats orthopédiques et fonctionnels obtenus par les méthodes opératoires anciennes.

Grâce aux pansements antiseptiques qui ont si notablement diminué le danger de ces opérations et à la méthode sous-périostée, qui permet d'obtenir de nouvelles articulations sur le type des articulations enlevées, les conditions de ces opérations sont aujourd'hui complétement changées.

Il semble au premier abord que la multiplicité des os et des articulations du carpe et l'étendue relativement faible des surfaces recouvertes de périoste soient peu favorables à l'application de la méthode sous-périostée. Mais ici encore on peut, en procédant d'après les règles que j'ai depuis longtemps établies, conserver une gaîne périostéo-capsulaire qui sera l'origine d'une néoformation ostéo-fibreuse. Dans le cas où la néoformation osseuse ferait défaut, cette gaîne assurera l'union du métacarpe et des os de l'avant-bras, et empêchera ces changements de rapport, cette flaccidité de l'articulation et ces déplacements ultérieurs qui ont été jusqu'ici, avec l'ankylose tendineuse, les principaux obstacles au fonctionnement de la main et des doigts.

Bien que les os courts entourés de cartilage et privés de gaîne périostique sur une grande partie de leur surface soient dans de moins bonnes conditions que les os longs des membres, au point de vue de leur reconstitution ultérieure, le périoste ne pouvant reproduire que ce qu'il recouvre normalement, on peut obtenir, par l'ablation sous-périostée, comme nous l'avons démontré autrefois (*Traité expérimental de la régénération des os*), des masses osseuses ou ostéo-fibreuses, plus petites sans doute que les parties enlevées, mais très précieuses pour le maintien de la forme et le rétablissement des fonctions de l'organe.

Cette néoformation se fait d'une manière irrégulière. Les os qui composent les deux rangées du carpe, par exemple, sont remplacés par une masse ostéo-fibreuse dans laquelle on ne reconnaîtrait pas à la dissection les formes des différents os enlevés. Ce sont des grains osseux disséminés dans une gangue fibreuse, assez épaisse et assez résistante pour servir de point d'appui à la main, et assez souple pour permettre à cet organe de se mouvoir sur l'avant-bras.

Le degré de cette reconstitution est subordonné, comme dans toutes les résections et extirpations osseuses, à l'âge du sujet et aux conditions anatomiques de la gaîne périostéo-capsulaire ; de là des degrés dans la solidité et l'utilité des articulations nouvelles qu'un traitement post-opératoire bien ordonné devra perfectionner de plus en plus.

Dans les ostéo-arthrites fongueuses, la gaîne est transformée en partie en tissu de granulations, et les petits os du carpe sont plus ou moins isolés par les fongosités. Mais, à moins qu'ils ne soient complètement nécrosés, ils tiennent par une partie de leur revêtement fibreux, et c'est là qu'il faut les séparer méthodiquement sans violence des tissus encore résistants, au moyen de la rugine. Il ne faut pas, d'autre part, enlever systématiquement toutes les parties fongueuses : il faut les modifier par le fer rouge ou le chlorure de zinc, de manière à changer leur vitalité et à susciter des processus plastiques, là où s'accomplissaient antérieurement des processus destructeurs. C'est en ménageant ainsi tout ce qui est sain ou susceptible de redevenir sain que l'on conserve les éléments de la reconstitution ultérieure de ces articulations compliquées dans leur structure.

Bien que ces granulations présentent les caractères histologiques de la tuberculose et soient constituées par de nombreux follicules tuberculeux, on les ramène à l'état de granulations simples par des cautérisations successives qui n'ont pas pour but de les détruire, mais de les modifier ; et si le sujet n'est pas atteint de tuberculose des organes internes, on arrive à les transformer en tissu scléreux, stable et susceptible de s'organiser en une masse ostéo-fibreuse distincte, entre le métacarpe et les os de l'avant-bras. Le pansement à l'iodoforme est très utile en pareil cas.

C'est en procédant ainsi que nous avons obtenu chez nos opérés des résultats qui nous paraissent de nature à étendre de plus en plus les applications de la chirurgie conservatrice aux ostéo-arthrites du poignet, à plus forte raison s'il s'agit de suppurations carpiennes d'origine traumatique. Dans ce dernier cas, l'ablation des os du carpe est suivie d'une reconstitution plus rapide de l'articulation, d'autant plus rapide, du reste, que les gaînes tendineuses voisines n'ont pas subi ces altérations profondes qui rendent difficile le retour des mouvements des doigts.

Nous avons pratiqué quinze fois l'ablation totale du carpe ou la résection radio-carpienne. Nos quatre premières opérations avaient eu des résultats très imparfaits, mais celles que nous avons faites dans ces dernières années ont eu des résultats beaucoup plus satisfaisants, et nous avons pu constater sur plusieurs sujets l'état de l'articulation nouvelle longtemps après l'opération.

Non seulement ces opérés peuvent se servir de la main pour les petits usages de la vie, mais plusieurs sont capables de se livrer à un travail pénible.

L'un, opéré depuis deux ans, soulève avec les doigts et porte à bras tendu, pendant quelques secondes, un poids de 10 kilogrammes. J'avais enlevé tous les os du carpe, sauf le pisiforme, la surface articulaire et l'apophyse styloïde du cubitus, l'extrémité inférieure des deuxième, quatrième et cinquième métacarpiens et la totalité du troisième, ainsi que le doigt qu'il supporte.

Un autre opéré, à qui j'ai enlevé, il y a onze ans, les extrémités inférieures du radius et du cubitus, réduites en nombreuses vaux auxquels il n'aurait sans doute jamais pensé s'il avait suivi une voie plus régulière.

(A suivre.)

Concours des médecins du Bureau central. — Un nouveau concours pour deux places de médecin du Bureau central s'ouvrira le 1er juin, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les candidats pourront s'inscrire du 1er au 15 mai, tous les jours, de midi à trois heures.

***

Hopital de Berck sur-Mer. — Un concours pour une place d'interne s'ouvrira le 8 juin 1882, à une heure, dans l'amphithéâtre de l'Administration publique, à Paris, avenue Victoria, 3. Les candidats pourront s'inscrire tous les jours, de onze heures à trois heures, du 4 au 10 mai inclusivement.

***

Le service médical de nuit à Paris, du 1er janvier au 1er avril 1882, a eu à faire (d'après la statistique de son fondateur, M. le docteur Passant) 1,978 visites, soit 208 de plus que dans le trimestre correspondant de 1881. Cela fait une moyenne de 22 visites par mois.

Si l'on décompose ce chiffre total suivant le sexe et l'âge, on voit que les hommes y entrent dans la proportion de 36 pour 100 ; les femmes de 42, les enfants de 16. La grande proportion des femmes s'explique par les maladies spéciales auxquelles elles sont exposées en dehors de celles qui leur sont communes avec l'autre sexe : métrite, métropéritonite, métrorrhagie, fausse couche, etc. Nous trouvons 186 visites, rien que pour l'accouchement et la délivrance.

Dans les accidents, on trouve 61 hémorragies, 21 hernies étranglées, 14 empoisonnements, 6 asphyxies par le charbon, 4 suicides.

Dans 58 cas, le malade était mort à l'arrivée du médecin.

esquilles par un coup de feu, est aujourd'hui capable de porter à bras tendu 11 kilogrammes, et est devenu habile dans l'exercice du trapèze.

On ne peut pas espérer de pareils résultats dans tous les cas, et l'ablation totale du carpe avec résection du radius et du cubitus d'une part et des métacarpiens de l'autre ne peut donner des articulations aussi solides. La solidité de la nouvelle articulation est toujours imparfaite et peut rester insuffisante quand on a enlevé les portions renflées des os de l'avant-bras; mais, grâce aux rapprochements des surfaces métacarpiennes et antibrachiales, la gaîne périostique peut fournir une masse fibreuse ou ostéo-fibreuse suffisante pour assurer la solidité de la main et la rendre utile pour les divers usages de la vie et de petits travaux.

Les pansements antiseptiques nous permettant aujourd'hui de faire rendre à un procédé opératoire tout ce qu'il est susceptible de donner, il faut faire appel du jugement défavorable porté par la plupart des chirurgiens sur la résection du poignet, que Moreau père (de Bar-le-Duc) avait pratiquée pour la première fois il y a près d'un siècle.

Les faits que nous venons de citer démontrent qu'il faut faire une plus large part dans la pratique à cette opération conservatrice et réduire de plus en plus les cas d'amputation de l'avant-bras dans les ostéo-arthrites suppurées du carpe.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Accidents toxiques a la suite de l'emploi de l'iodoforme dans la pratique chirurgicale

L'emploi de l'iodoforme pour le pansement des plaies est, depuis un an environ, la question à l'ordre du jour parmi les chirurgiens d'Allemagne et d'Autriche. Les lecteurs de ce journal ont été tenus au courant (1) de tout ce qu'on a raconté de merveilleux sur les résultats obtenus du pansement a l'iodoforme, en particulier dans le traitement des arthrites fongueuses; les choses en étaient venues au point que, tout récemment encore, un assistant du professeur Billroth (de Vienne), M. Mickulicz, n'hésitait pas à prononcer la déchéance du pansement de Lister, déclarant qu'il ne survivrait bientôt de la merveilleuse innovation du chirurgien de Londres que le principe.

L'enthousiasme pour le nouveau pansement a duré quelques mois à peine. Aujourd'hui, les journaux allemands consacrés d'une façon spéciale aux choses de la chirurgie nous font assister à une véritable panique, justifiée par les révélations qui surgissent de tous cotés sur les accidents graves que développe l'emploi ou plutôt l'abus de l'iodoforme.

Déja, dans notre précédente revue, nous avions signalé quelques cas d'intoxication mortelle survenus à la suite de l'application du pansement à l'iodoforme. Le professeur Koenig, en présence des premiers cas de ce genre, prit l'initiative d'une sorte d'enquête publique, en faisant appel aux témoignages des chirurgiens placés à la tête des grands services hospitaliers d'outre-Rhin. Cette enquête est devenue très édifiante en fort peu de temps; voici, en substance, les méfaits dont on charge le nouveau pansement (2) :

Suivant Koenig, à un premier degré (intoxication légère), les malades accusent de la céphalalgie, de l'affaiblissement de la mémoire, de l'insomnie, une grande versatilité d'humeur. En même temps on note une accélération souvent énorme du pouls. Enfin, à un moment donné, les malades sont pris d'un violent délire, qui affecte les allures du délire des persécutions. Cette perturbation des facultés mentales dure quelques jours, puis les malades guérissent.

Dans la forme grave de l'intoxication par l'iodoforme, les malades tombent également en proie à un délire furieux. Ils sont tourmentés par des hallucinations de nature variable, et ils refusent de s'alimenter. Les urines sont rares; le pouls est accéléré, la température s'élève jusqu'à 40 degrés. Presque toujours les malades succombent, et à la phase terminale le délire peut faire place au coma.

Koenig ne mentionne pas moins de trente-deux exemples d'intoxication par l'iodoforme, dont dix avec terminaison mortelle.

M. Max Schede (1), placé à la tête du service chirurgical de l'hôpital de Hambourg, où, à un moment donné, tous les sujets en traitement, au nombre de plus de quatre cents, étaient pansés à l'iodoforme, a hiérarchisé avec une très grande rigueur les formes variées d'intoxication qu'il a vues surgir sous ses yeux. D'après lui, de légers troubles de l'état général sont d'observation très fréquente à la suite de l'usage externe de l'iodoforme; les accidents se réduisent communément à une élévation de la température, qui affecte les caractères de la fièvre aseptique de Volkmann.

A un degré plus avancé, l'intoxication se caractérise par de l'anorexie, de la céphalalgie, de la morosité, de la tendance à pleurer sans motif, avec ou sans fièvre. Les malades se plaignent de trouver le goût de l'iodoforme à tous les aliments qu'on leur présente. Avec cela, le pouls est accéléré, très dépressible.

D'autres fois, sans qu'il y ait de fièvre, ou avec un léger mouvement fébrile transitoire, le pouls atteint une fréquence énorme (150 à 180). Malgré cela, l'état général peut rester satisfaisant; c'est tout au plus s'il existe un peu d'anorexie avec de l'agitation. Mais il est absolument nécessaire d'éviter tout contact nouveau de la plaie avec l'iodoforme, pour maintenir les accidents à ce degré.

Ou bien encore cette accélération énorme du pouls coïncide avec une fièvre intense, sans qu'il y ait, avec cela, la moindre raison de rattacher ces accidents à la septicémie. Un sujet qui réalisait cette forme de l'intoxication succomba, bien qu'on suspendît l'emploi de l'iodoforme.

Dans une autre catégorie de cas, des sujets qui, à la suite d'une opération avaient le pouls plein, vigoureux, ont succombé rapidement dans le collapsus, après que la plaie, en forme de cavité, eût été tapissée avec de l'iodoforme.

La dernière modalité de l'intoxication « celle qui est relativement la plus fréquente et qui est aussi la plus redoutable à cause de son début foudroyant », se caractérise par des troubles de l'activité cérébrale. Tantôt elle simule les symptômes de la méningite aiguë, tantôt elle éclate sous la forme d'une véritable psychose. La première variété se rencontre surtout chez les enfants; l'analogie avec la méningite est quelquefois surprenante. Cependant, dans le cas d'une intoxication par l'iodoforme, toute élévation de la température peut manquer jusqu'à l'issue fatale. Les troubles psychiques consistent sur-

(1) Voir Gazette médicale, nos 51 et 52, 1881.

(2) Koenig. *Die giftigen Wirkungen des Iodoforms als Folge der Anwendung desselben an Wunden.* Centralblatt für Chirurgie, nos 7 et 8, 1882.

(1) M. Schede. *Ibidem*, n° 3, 1882.

tout dans un délire furieux éveillé par des idées terrifiantes (délire des persécutions).

Deux cas semblables de manie aiguë rappelant le délire des persécutions avec terminaison mortelle, à la suite de l'emploi du pansement à l'iodoforme, ont été relevés à la clinique chirurgicale de Konigsberg, où depuis des mois on expérimentait le nouveau pansement avec le meilleur succès sur un ensemble de plus de mille opérés (1).

D'autres exemples ont été observés par Kocher (2), par Czerny (3), par Podrazki, Küster, Goerges (4); ce dernier accuse en outre l'iodoforme de favoriser le développement de l'érysipèle et des phlegmons.

Schede a insisté sur ce que des accidents toxiques graves se sont manifestés dans des cas où on n'avait fait usage que de quantités minimes d'iodoforme (1 gramme dans un cas). Il n'y a en effet aucun rapport constant à établir entre la fréquence de ce genre d'accidents et la quantité d'iodoforme mise à la surface de la plaie. Parler d'idiosyncrasies, c'est ne rien expliquer du tout. On a cherché la clef de l'énigme dans les facilités que certaines plaies, par leur siège, par la texture des tissus qu'elles intéressent, offrent à la résorption de l'agent toxique. D'autres ont fait ressortir l'analogie existant entre les symptômes qui caractérisent l'intoxication iodoformique d'origine chirurgicale chez l'homme et ceux qui ont été observés chez les animaux empoisonnés par cette même substance (Binz et Hoegyer) (5). Dans les deux cas, on observe les manifestations d'une paralysie cardiaque et d'une suractivité morbide des centres psycho-moteurs. On peut donc, *a priori*, considérer comme des contre-indications à l'emploi de l'iodoforme le mauvais état du cœur et la susceptibilité native ou acquise des centres nerveux (*neurasthénie*). Les observations connues jusqu'à ce jour témoignent d'une fréquence croissante de l'intoxication par l'iodoforme chez les vieillards, dont le cœur et le cerveau sont presque toujours atteints dans leur intégrité fonctionnelle ou organique.

M. von Mosetig-Morhof (de Vienne) (6), celui-là même qui a fait entendre les premières louanges en faveur du pansement de l'iodoforme, et qui a conservé intact l'enthousiasme de la première heure, explique les choses tout autrement. A son avis, les accidents d'intoxication observés à la suite de l'emploi de ce mode de pansement tenaient à ce que l'on a utilisé concurremment l'iodoforme et l'acide phénique, ce dernier sous forme d'irrigations, de lavages, etc. Or chez les sujets prédisposés, l'acide phénique agit sur les reins en déterminant une obstruction relative de cet émonctoire. Dans ces conditions, l'iode, mis en liberté par l'iodoforme absorbé à la surface de la plaie, s'accumule dans le sang et produit les accidents toxiques mentionnés plus haut et dont Mosetig n'a pas observé un seul exemple. Pour en arriver là, il suffit, selon lui, d'employer le pansement à l'iodoforme dans toute sa simplicité, en s'abstenant scrupuleusement de faire intervenir toute autre substance antiseptique.

E. Ricklin.

(1) Hoeftmann. *Iodoformintoxication*. Centralblatt für Chirurgie, n° 7, 1882.

(2) Kocher. *Iodoformvergiftung*. Ibidem, numéros 14 et 15, 1882.

(3) Czerny. *Beitraege zur Iodoformvergiftung*. Wiener med. Wochenschrift, n° 6 et 7, 1882.

(4) Goerges. *Zur Iodoformbehandlung*. Centralblatt für Chirurgie, n° 10, 1882.

(5) Binz. Archiv für exper. Pathologie und Pharmak., t. VIII, p. 300, 1878.

Hoegyer. *Ibidem*, t. X, p. 221, 1879.

(6) Von Mosetig-Morhof. *Zur Frage der Iodoformvergiftung*. Centralblatt für Chirurgie, n° 11, 1882.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1o Un pli cacheté adressé par M. Grison et relatif à un fait de modification physiologique dans les fonctions de la peau. (Accepté.)

2o Une note manuscrite de M. le docteur Sorel, médecin-major, intitulée : *Recherches sur la glycosurie chez les paludiques*; deuxième série de faits, présentée en séance par M. Léon Colin (du Val-de-Grâce).

M. Gavarret présente : 1o au nom de M. le docteur Onimus, un ouvrage intitulé : *Guide pratique d'électrothérapie*; — 2o au nom de M. le docteur Charpentier, un ouvrage intitulé : *De la vision au point de vue de la médecine générale*.

M. Bergeron présente un rapport lu par M. A.-J. Martin à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle sur la *création d'une Direction de la santé publique*. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes :

Considérant que les conditions dans lesquelles s'exerce aujourd'hui, en France, la médecine publique ne répondent ni aux nécessités auxquelles elle a mission de faire face, ni aux efforts mêmes qu'elle n'a cessé de susciter et aux progrès actuels de la science sanitaire; considérant que la médecine publique ne recouvrera toute la puissance d'action qu'elle comporte qu'autant qu'un pouvoir compétent sera chargé, à tous les degrés de l'administration, d'appliquer les avis des commissions consultatives et ne pourra s'y soustraire; considérant que cette réforme ne peut à cet égard procéder utilement et ressortir son plein effet que par la réunion préalable en un centre commun des services d'hygiène et d'assistance, constituant une Direction de la santé publique, ainsi qu'en ont organisé la plupart des pays étrangers; la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle émet le vœu que M. le Ministre du commerce et M. le Ministre de l'intérieur veuillent bien se concerter afin de constituer dans un bref délai la commission mixte dont la formation a été demandée par le Comité consultatif d'hygiène publique au mois d'octobre dernier, dans le but de rechercher comment et sous quelle forme une Direction de la santé publique peut être créée en France; la Société appelle, en outre, l'attention de MM. les Ministres sur le projet et les motifs à l'appui, développés dans le présent rapport.

M. Bergeron présente aussi une brochure de M. le docteur Drouineau (de La Rochelle) intitulée : *De l'organisation départementale de médecine publique*, et appliquant aux départements les idées développées dans le projet de M. Martin.

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur A. Corre, médecin de première classe de la marine, un travail intitulé : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune*.

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Henri Napias, un ouvrage ayant pour titre : *Manuel d'hygiène industrielle*.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sous le titre de : *Nouvelles études sur la fièvre typhoïde dans l'armée*.

M. Giraud-Teulon offre en hommage une *Analyse critique sur les systèmes chromatiques* de M. Donders.

M. Marjolin présente, au nom de M. Du Mesnil (de Vincennes), une série de rapports sur des logements insalubres de Paris, entre autres sur la cité des Kroumirs.

M. VULPIAN présente, au nom de M. Arnaud (de Saint-Gille-du-Gard), une note manuscrite sur la syncope. (Com. MM. Béclard et Vulpian.)

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Charles Fauvel, une observation d'*extraction de balle ayant séjourné pendant onze ans dans le larynx.*

M. DEPAUL présente, au nom de M. Lefour (de Bordeaux), une brochure intitulée : *Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété, mode des fesses.*

M. BOURDON présente, au nom de M. le docteur Souligoux, médecin consultant à Vichy, une brochure intitulée : *Etude sur la goutte et sur ses différents modes de traitement.*

M. LASÈGUE présente, au nom de M. le docteur Jaul (du Mont-Dore), une brochure intitulée : *Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la deuxième division. Voici quel est le classement des candidats :

En première ligne, M. Bourguet (d'Aix) ; — en deuxième ligne, M. Delore (de Lyon) ; — en troisième ligne, M. Michel (de Nancy); — en quatrième ligne, M. Sarazin (de Bourges) ; — en cinquième ligne, M. Cazin (de Boulogne) ; — en sixième ligne, M. Spillmann (d'Alger).

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36, M. Sarazin obtient 30 voix, M. Cazin 29, M. Michel 6, M. Delore 1, M. Spillmann 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 67, majorité 34, M. Sarazin obtient 44 suffrages, M. Bourguet 10, M. Cazin, 2, M. Michel 1.

En conséquence, M. Sarazin ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant dans la deuxième division.

— M. BLANCHE fait une communication relative à la question *de la folie considérée comme une cause de divorce.*

L'auteur rappelle qu'il a eu l'honneur d'être appelé devant la commission de la Chambre des députés chargée d'examiner la proposition de loi sur le divorce pour donner son avis sur la question de savoir si la folie doit être considérée comme une cause de divorce.

La réponse a été formellement négative, et il l'a motivée par les considérations suivantes :

L'incurabilité des maladies mentales que le médecin peut affirmer dans un grand nombre de cas, peut devenir sans doute, pour celui qui conserve sa raison, la source des plus grandes douleurs.

Mais, dans un grand nombre de cas, on pourrait éviter le malheur, si, dans les projets de mariage, les choses allaient moins vite qu'elles ne vont d'ordinaire, si les renseignements étaient pris plus sérieusement, et si on ne se laissait pas aveugler sur les questions de santé par des considérations de nom, de position et de fortune qui devraient être toujours subordonnées aux premières.

Dans d'autres cas également nombreux, la période de la maladie dans laquelle l'incurabilité est définitive est relativement courte ; enfin, dans les circonstances où le malheur n'a pu être ni prévu ni évité, les devoirs réciproques du mari envers sa femme et de la femme envers son mari, loin de pouvoir être considérés comme anéantis, deviennent, au contraire, plus grands et plus sacrés encore.

Les cas dans lesquels le malheur pourrait être évité, ce sont d'abord les affections congéniales telles que l'idiotie, l'imbécillité, la débilité intellectuelle dont les symptômes ne peuvent échapper à des yeux qui veulent regarder et voir. Ce sont ensuite les affections héréditaires ; celles-ci peuvent, il est vrai, avant d'éclater en crises de véritable aliénation mentale, ne se révéler que par une grande instabilité dans les idées, une excessive mobilité de sentiment et d'humeur, l'inaptitude à tout travail régulier et suivi, par des emportements, des bizarreries et des excentricités ; mais ces signes, pris dans leur ensemble, si on en méconnaissait toute l'importance, devraient tout au moins suffire pour provoquer des conseils, et comment admettre que leur gravité pourrait échapper à des observateurs éclairés ? Le péril ne manquerait pas alors d'être signalé et on pourrait ne pas s'y exposer.

Parmi ceux qui l'affrontent, il en est qui sont déterminés par les motifs les plus honnêtes et les plus respectables, et ceux-là ne se plaindront jamais, quoi qu'il arrive, mais il en est d'autres qui cèdent à des mobiles d'un ordre différent.

Le divorce, dans ces derniers cas, qui sont loin d'être rares, ne serait-il pas un encouragement à de honteuses et immorales spéculations, et ceux qui les font, au mépris de sages conseils et en parfaite connaissance des périls auxquels ils s'exposent mériteraient-ils que la loi les autorise à rompre une union dont ils auront retiré tous les profits matériels qu'il en attendent et dont il leur plait ensuite de répudier les charges et les devoirs ?

Dans les cas dont la durée est relativement courte, lorsque l'incurabilité est devenue définitive et sans possibilité de rémission, cas dont est constitué le groupe des paralysies avec lésions encéphaliques, on peut dire de toutes les maladies de ce groupe qu'elles sont incurables, en ce sens qu'elles ne peuvent jamais aboutir à une guérison réelle et durable. Mais elles traversent des phases de rémission et de guérison apparente et momentanée avant d'arriver à la période où l'incurabilité est définitive, où les retours d'intervalle lucide ne sont plus possibles, et alors la maladie a presque atteint son terme et les jours du malade sont comptés. Une extrême réserve est donc commandée au médecin pendant la plus grande partie de la durée de ces maladies, au point de vue des mesures légales.

Tel paralytique, à la suite d'une longue série de crises d'agitation et de délire, redevient calme et lucide au point qu'il est en état de rentrer dans sa famille et de reprendre l'exercice de sa profession ; mais il a été déclaré incurable et sur cette déclaration sa femme a obtenu le divorce. Il ne peut plus rester à l'asile et il n'a plus de domicile, plus d'intérieur.

Même lorsque le malade est arrivé à la période d'incurabilité définitive, si ce malade a une femme dévouée, elle le visitera, elle veillera sur lui et lui apportera les témoignages de son affection ; si elle peut le ramener dans sa maison, elle le reprendra pour le soigner elle-même ; elle adoucira ses derniers jours. M. Blanche a souvent été témoin de ces dévouements qui se complaisent aux besognes les plus pénibles et qui puisent dans le bien qu'ils font une joie intime et une inaltérable sérénité.

L'épilepsie, la manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, passées à l'état chronique, n'offrent que peu de chances de guérison ; cependant, il serait téméraire de prétendre que ces maladies ne guérissent jamais. et, dans sa pratique, M. Blanche en a vu un certain nombre qui ont guéri.

Tous les médecins ont observé de ces guérisons tardives et presque inespérées ; elles ne sont assurément pas fréquentes, mais ne suffit-il pas qu'elles soient possibles et qu'il y en ait des exemples pour montrer les terribles effets du divorce sur ces malades considérés comme à jamais frappés de mort morale et dont le retour à la raison serait un malheur si grand que l'on ne sait si on ne devrait leur souhaiter de la perdre de nouveau.

Il est une autre névrose, la folie circulaire ou à double forme, ou à double phase, qui est, elle aussi, le plus habituellement incurable et qui, par la durée très variable et parfois très longue des accès d'agitation et de dépression, comme aussi des périodes de rémission qui la caractérisent, peut donner également lieu à des erreurs de pronostic dont les conséquences seraient funestes.

Le divorce peut être demandé d'un commun accord par les deux époux ou par l'un des deux seulement, l'autre y mettant opposition. Dans le premier cas, le divorce serait prononcé sans débat ; dans le second, il y aurait nécessairement procès et plaidoirie contradictoires. Mais l'aliéné, par cela seul qu'il est aliéné et même sans

qu'il soit interdit, ne peut faire un acte quelconque qui soit légalement valable ; or, si une demande en divorce était introduite contre lui, alors même qu'on le lui aurait fait donner, son consentement serait nul.

Par conséquent, dans toutes les demandes en divorce intéressant un aliéné, le procès serait inévitable. L'aliéné ne pouvant pourvoir par lui-même à sa défense, celle-ci serait confiée soit d'office, soit par des membres de sa famille, à un avoué et à un avocat.

Les pièces de la procédure lui seraient communiquées, mais il ne serait capable ni de les comprendre, ni peut-être même de les lire. Il recevrait la visite de ses défenseurs, mais il ne pourrait avoir avec eux des entretiens utiles. Supposons qu'il perde son procès et que le divorce soit prononcé. Quelques mois, quelques années plus tard, il guérit, et il se trouve divorcé sans même le savoir.

Dans l'interdiction qui peut avoir été prononcée dans les mêmes conditions, le jour où l'aliéné est rentré en possession de sa raison, il peut demander à la justice de le remettre en possession de ses droits, en prouvant qu'il est guéri, et qu'il peut être relevé de son interdiction sans danger ni pour lui ni pour autrui.

Il n'en pourrait être de même pour le divorce. Le divorce est une mesure irrévocable, et l'aliéné contre lequel il a été accordé serait irrémédiablement frappé.

Telles sont les conditions sur lesquelles M. Blanche s'est appuyé pour combattre l'amendement qui proposait de déclarer que la folie peut être une cause de divorce. Ses honorables confrères, MM. les docteurs Charcot et Magnan, ont émis une opinion conforme à la sienne et la commission a repoussé l'amendement. Il espère qu'il sera également repoussé par le Parlement. « Dans le cours d'une carrière déjà longue et consacrée tout entière aux aliénés, dit M. Blanche en terminant, j'ai toujours eu pour principal but de les soulager dans leurs souffrances ; aujourd'hui qu'ils sont menacés d'une nouvelle aggravation de malheur, combien je me féliciterais si j'avais pu contribuer, pour ma modeste part, à les en préserver, lorsque leur sort est déjà si misérable et si digne de pitié. » (Applaudissements.)

— M. le docteur A. Vérité met sous les yeux de l'Académie le dessin colorié d'un cas d'acné kéloïdique siégeant à la nuque, et insiste sur le diagnostic différentiel de cette maladie. Diagnostic très important, car dans l'acné kéloïdique, toute intervention chirurgicale est fâcheuse, la maladie repullulant après l'opération.

Bien plus, fait étrange mais certain, les petites tumeurs agglomérées qui constituent l'acné kéloïdique peuvent disparaître spontanément dans des circonstances qui nous échappent.

M. Vérité fait connaître le traitement qui a été institué chez son malade par son illustre et bien regretté maître Bazin.

L'acné kéloïdique est une maladie bénigne, souvent indolente et compatible avec la santé générale la plus parfaite.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le Roy de Méricourt sur les modifications à apporter au règlement en ce qui concerne l'élection des associés libres. L'Académie propose que dorénavant « les associés libres soient choisis parmi les savants, les administrateurs d'un ordre élevé ou toutes autres personnes pouvant prêter un concours utile à l'Académie. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 avril. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Alimentation forcée ou suralimentation. — M. Debove présente des échantillons de la poudre de viande et de la poudre de lentilles, telles qu'il les prépare, échantillons qui diffèrent par leur goût, parfaitement acceptable, des poudres fournies par l'Assistance publique et dont le mode de préparation les rend assez désagréables à prendre.

Ce qu'on nous livre du reste, ajoute M. Dujardin-Beaumetz, est de la poudre de foie qui a le désavantage de s'altérer très vite. De plus, les foies dont on se sert sont des foies de cheval et non de bœuf. Le prix auquel ces poudres sont livrées à l'administration — six francs le kilogramme — oblige à recourir au foie de cheval. Néanmoins les résultats de l'alimentation forcée par les poudres de l'Assistance publique lui donnent de bons résultats. Les malades engraissent notablement et reprennent vie.

M. Debove espère que bientôt la question de prix sera secondaire, si les résultats obtenus jusqu'à ce jour se confirment ; car il est en train d'expérimenter des poudres de viande, provenant d'autres animaux et d'autres parties de l'animal afin d'arriver à un prix de revient moins élevé.

M. Millard, ayant eu l'occasion de voir, avec plusieurs de ses collègues des hôpitaux, les malades de M. Debove, a été frappé des résultats obtenus et de la facilité du procédé mis en œuvre. Tel sujet qui, il y a six mois, était dans un état des plus graves est aujourd'hui en voie de guérison. C'est bien certainement, dit-il, à la surajoutation des aliments que l'on doit ces modifications si favorables à l'organisme, car M. Debove administre à ses phtisiques chaque jour 600 grammes de poudre de viande, en trois repas.

M. Debove se propose, dès que la saison le permettra, de présenter à la Société, un certain nombre de ses malades.

On a critiqué, dit-il, l'expression d'alimentation forcée, dont je m'étais servi dans le principe ; peut-être, en effet, n'est-elle pas très bonne, mais celle d'alimentation artificielle ne vaudrait pas beaucoup mieux, aussi proposerai-je de la remplacer par celle de : *Suralimentation.*

Thoracentèse. — M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre, adressée par M. Revillod (de Genève) à M. Moutard-Martin, sur certaines modifications qu'il a cru devoir faire subir à l'appareil-syphon de M. Potain, dont on se sert dans les cas de pleurésie purulente.

Les parasites de l'impaludisme. — Déjà dans une précédente communication, au mois de décembre 1880, M. Laveran avait entretenu la Société de la question de la présence d'éléments parasitaires dans le sang des sujets atteints d'impaludisme.

C'est en 1878, à son arrivée en Algérie, qu'il s'est mis à étudier les altérations anatomo-pathologiques que l'on rencontre chez les individus succombant à la fièvre pernicieuse ou à la cachexie palustre, altérations caractérisées par la présence d'éléments pigmentés dans le sang, d'où la teinte brunâtre caractéristique de tous les organes, notamment du foie et de la rate.

C'est ainsi que, recherchant comment les éléments pigmentés se produisaient dans le sang, il a trouvé qu'à côté des leucocytes mélanifères et des grains pigmentés libres, dont l'existence avait été admise depuis Frerichs, il y avait d'autres éléments pigmentés dont la nature parasitaire ne paraissait pas douteuse. Après avoir étudié avec soin ces éléments, M. Laveran a reconnu qu'ils se présentaient sous trois formes auxquelles il a donné les noms de corps n° 1, corps n° 2 et corps n° 3, et qu'il décrit successivement.

C'est un peu avant les accès fébriles ou pendant leur paroxysme que l'on rencontre le plus sûrement et en plus grand nombre ces éléments pigmentés, tandis que, l'accès terminé, les résultats sont négatifs, dans la proportion de onze fois sur douze.

Les mêmes faits ont été observés par M. Richard à Philippeville.

M. Laveran termine la lecture de son savant mémoire par les conclusions auxquelles il a été conduit par dix-huit mois de recherches, et l'observation de 228 malades atteints d'impaludisme, malades sur lesquels il a constaté 184 fois l'existence de ces éléments pigmentés. Sur les 44 sujets qui ont donné des résultats négatifs, la plupart avaient déjà pris du sulfate de quinine au moment où l'auteur a procédé à l'examen du sang. C'est ainsi même que M. Laveran a reconnu que la médication quinique faisait disparaître rapidement ces éléments pigmentés.

Voici, du reste, ces conclusions :

1° Les éléments parasitaires existent toujours dans le sang des malades atteints d'impaludisme ; si l'examen du sang fait sur le

vivant ne permet pas de constater dans tous les cas la présence de ces éléments, l'anatomie pathologique démontre qu'on les trouve toujours au moins dans les capillaires;

2° L'abondance des éléments parasitaires est en rapport direct avec la gravité des accidents; chez les individus qui succombent à quelque complication survenue dans le cours d'une fièvre intermittente simple, les éléments pigmentés ne se rencontrent qu'en petit nombre et seulement dans le foie et dans la rate; au contraire, chez les sujets morts de fièvre pernicieuse, les éléments pigmentés existent en très grand nombre dans tous les organes, dans tous les tissus vasculaires;

3° Chez les malades atteints de fièvre intermittente, c'est au début des accès qu'on trouve dans le sang les éléments parasitaires en plus grand nombre et sous leurs formes les plus caractéristiques : corps nº 2 renfermant des grains pigmentés mobiles, filaments mobiles; lorsque le microscope révèle dans le sang d'un malade la présence de ces derniers éléments, on peut prédire presque à coup sûr que ce malade va avoir un accès de fièvre, alors même qu'il n'existe encore aucun trouble morbide apparent et que la température est normale;

4° Les éléments parasitaires, décrits sous les noms de corps nº 1, nº 2 et nº 3, n'existent jamais dans le sang des individus atteints de maladies étrangères à l'impaludisme;

5° Les éléments parasitaires disparaissent cependant du sang lorsque les malades atteints d'impaludisme sont soumis à la médication quinique; on peut s'assurer directement qu'au contact d'une solution même très faible de sulfate de quinine, les mouvements des filaments mobiles cessent et que les corps nº 2 prennent la forme cadavérique. Le sulfate de quinine, qui tue rapidement les animalcules arrivés à l'état adulte, a probablement beaucoup moins d'action sur les germes de ces animalcules, d'où la fréquence des récidives.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARÈLE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. TRÉLAT, à propos du procès-verbal et de la discussion sur les fistules recto-vaginales : Il y a quatre semaines, j'ai opéré une jeune femme de vingt-quatre ans, qui avait une de ces fistules, et depuis six jours elle est complètement guérie. C'est le second cas que j'opère par mon procédé et que je guéris. Sans vouloir conclure d'une façon générale d'après ces deux succès, le résultat obtenu jusqu'à présent est néanmoins très encourageant. Je rappelle que mon procédé consiste à opérer la fistule comme une périnéoraphie pour une déchirure incomplète du périnée. Je commence à 12 millimètres en arrière de la fistule deux incisions qui sont également à 12 millimètres en dehors de la fistule et qui viennent tomber sur la nouvelle fourchette cicatricielle; on fait l'avivement et on pratique la suture; il en résulte une suture vaginale et une suture périnéale, et, pour bien maintenir, on ajoute deux points de suture profonde.

— M. NICAISE lit un rapport sur un travail de M. Redard, intitulé : *De la température locale des articulations à l'état normal et à l'état pathologique.*

M. GUICHARD (d'Anger) lit une intéressante observation intitulée : Cyphose dorsale, rétrécissement transversal de quatre centimètres du détroit inférieur, rétrécissement oblique ovalaire du détroit supérieur, opération césarienne par le procédé de Porro. Enfant bien portant, mort de la malade le troisième jour, avec des accidents de météorisme, de dyspnée et d'affollement du cœur; pas de péritonite.

Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. Guéniot, Polaillon et Lucas-Championnière, rapporteur.

— M. BEAUREGARD (du Havre) lit un travail sur l'ostéotomie du tarse dans le traitement du pied-bot invétéré.

Commission : MM. Chauvel, Marchand, Polaillon.

— M. SCHWARTZ lit une observation qui peut se résumer ainsi : fracture du crâne avec enfoncement de la région pariéto occipitale, pas de troubles cérébraux primitifs; hémiplégie droite secondaire six jours après l'accident; trépanation, disparition de l'hémiplégie; variole confluente. Pendant la convalescence de celle-ci, le malade fait une chute sur sa cicatrice : encéphalo-méningite avec abcès du cerveau; mort.

Commission : MM. Pozzi, Farabeuf et Chauvel.

Dr HENRI BASTARD.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DES AFFECTIONS RÉNALES AVEC LES MALADIES CHIRURGICALES; thèse de doctorat, par M. BRUCHET, ancien interne des hôpitaux. — Paris, Adrien Delahaye, édit., 1881.

Il y a quelque temps, en présentant l'analyse du travail de M. Czerny, nous insistions à dessein sur l'influence considérable qu'exercent sur la chirurgie les études de médecine générale, et nous rappelions la part considérable qu'a prise M. Verneuil dans ce grand mouvement scientifique.

Le travail actuel de M. Bruchet montre, une fois de plus, les tendances incessantes du chirurgien de la Pitié et le goût de ses élèves à le suivre dans cette voie féconde.

La connaissance des relations qui existent entre les affections rénales et les maladies chirurgicales n'est pas de date récente.

En 1845, Norman Chevers faisait paraître sa remarquable étude, traduite dans le journal de Malgaigne.

En France, ce fut surtout M. Verneuil, au Congrès de Paris, en 1867, qui appela sérieusement l'attention sur la question.

Depuis lors, ce sujet fut étudié dans quelques thèses remarquables, mais surtout à des points de vue spéciaux en particulier par Revouy, pour ne citer que le travail le plus important.

La remarquable monographie de M. Bruchet est la première étude d'ensemble sur cet important sujet.

Riche en observations cliniques et en études histologiques, pour lesquelles l'auteur a mis à contribution ses connaissances spéciales, cette thèse résume fidèlement l'enseignement de M. le professeur Verneuil.

La partie clinique établit d'une manière indiscutable l'influence des affections rénales sur le développement des hémorragies, de la gangrène simple ou foudroyante, des inflammations d'ordre divers (phlegmons, lymphangite, érysipèle), des accidents urémiques. On se rappelle l'opinion si souvent exprimée par M. Verneuil dans son service, que l'érysipèle chirurgical est surtout grave chez les rénaux.

Nous signalerons surtout le chapitre du diagnostic où est signalée l'importance de l'état de la langue (langue rénale), dont tous les élèves de M. Verneuil connaissent bien les caractères, et l'examen de l'urine, sur la nécessité duquel le chirurgien de la Pitié insiste tant.

Quant aux indications thérapeutiques, on sait que le professeur Verneuil rejette la réunion immédiate d'une façon absolue. « Prenez donc, dit-il, non le procédé le plus rapide pour la guérison, mais le plus innocent. »

Pour les indications opératoires, l'auteur discute l'opinion de M. Le Dentu, qui n'opère jamais les rénaux et conseille l'intervention dans les cas où la lésion rénale est susceptible

d'être modifiée par un traitement approprié on bien encore dans les cas d'opération d'urgence.

Pour le développement des lésions rénales, dans le cours de suppurations prolongées, l'auteur se rallie à la théorie de Fischer sur la néphrite septique. La septicémie déterminerait une néphrite parenchymateuse qui produirait après elle l'amylose.

Conformément à l'opinion de Cornil et Ranvier, l'amylose, loin d'être primitive, ne serait alors qu'un accident de terminaison.

Là encore on trouve des notions intéressantes pour les indications opératoires. Possible au début de la néphrite, l'intervention si elle peut se poser, doit être absolument rejetée dans le cas où la lésion est arrivée à un degré avancé de son évolution.

Dr Picqué.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Des troubles digestifs chez les houilleurs et de leurs rapports avec l'anémie, par le docteur A. Jouannet. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1880.

Cette intéressante question d'hygiène professionnelle a reçu depuis les premiers travaux de Halle bien des solutions diverses et n'est pas encore résolue. Se basant sur des faits nombreux observés à la houillère de Commentry, fort du bienveillant concours de notre éminent collaborateur M. le docteur Paul Fabre, l'auteur de ce travail a abordé à son tour le sujet. Voici les conclusions de l'ouvrage, dans lesquelles on peut voir s'esquisser une manière toute nouvelle de comprendre et d'expliquer ce que l'on a appelé *l'anémie des houilleurs :*

1° Les troubles digestifs sont fréquents chez les houilleurs : l'embarras gastrique, la gastralgie, l'entérite aiguë ou chronique, en sont les formes les plus communes;

2° Ils sont produits tantôt par la chaleur et l'humidité des galeries, l'altération de l'atmosphère des mines; tantôt par une alimentation défectueuse ou insuffisante, les excès; tantôt par plusieurs de ces causes réunies.

3° Les maladies des organes de la digestion affectent ordinairement la forme aiguë, et alors elles guérissent rapidement.

4° Lorsqu'elles se montrent à l'état chronique, elles sont plus rebelles et peuvent être le point de départ d'un état anémique plus ou moins marqué, qui a pu faire croire à une anémie des mineurs.

5° Si l'état anémique est primitif, ce qui est rare, il est toujours accompagné de troubles digestifs qui, à leur tour, entravent la nutrition, de sorte que l'anémie se prononce davantage.

6° L'état pathologique décrit sous le nom d'anémie des mineurs n'est pas une entité morbide; certains auteurs ont compris sous ce nom presque toutes les maladies des houilleurs, même lorsqu'elles n'étaient pas le résultat des mauvaises conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent. Nous ne connaissons pas de maladie qui leur soit vraiment spéciale.

7° Car les maladies auxquelles sont exposés les houilleurs, qui travaillent dans un chantier malsain, varient selon la cause ou les causes de l'insalubrité.

8° L'épidémie d'Anzin a été une intoxication lente par l'hydrogène sulfuré, constituée par des troubles digestifs violents, suivis d'anémie.

L'épidémie de Villebeuf a été aussi une intoxication par des gaz délétères, avec anémie accompagnée de troubles gastriques.

Enfin l'anémie du Saint-Gothard a été probablement occasionnée par une température élevée, l'humidité et la viciation de l'atmosphère; mais les renseignements que nous possédons ne nous permettent pas de dire si elle a été primitive ou consécutive.

P. B.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie.—Nous apprenons la mort de M. le docteur Génie, médecin aide-major au premier régiment de chasseurs d'Afrique.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Jouannet, médecin à Jaligny (Allier), et auteur de la thèse inaugurale dont on vient de lire les conclusions. Notre jeune et regretté confrère a succombé, à l'âge de vingt-sept ans, aux progrès d'une affection de poitrine, dont la marche et la terminaison ont été hâtées par les débuts pénibles d'une clientèle rurale. On peut dire qu'il est mort sur la brèche, car il n'a pris de repos que quarante-huit heures avant de s'endormir de son dernier sommeil. Notre collaborateur, M. Paul Fabre, a été, sur sa tombe, l'éloquent interprète des regrets profonds et unanimes de tous ceux qui avaient pu apprécier en lui les qualités solides de l'homme et du médecin.

***

Faculté de médecine de Paris.—M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté, ayant retrouvé dernièrement, enfouis depuis maintes années dans de vieilles armoires, une quarantaine de portraits lithographiés d'anciens professeurs de la Faculté, a eu l'heureuse pensée de les exposer dans le salon d'attente qui précède son cabinet. Cette intéressante galérie sera certainement complétée sous peu par les acquisitions que l'honorable doyen se propose de faire. Quelques photographies des professeurs actuels sont déjà venues s'ajouter à cette première collection.

***

Clinique otologique de l'institution nationale des sourds-muets.— Le docteur Ladreit de Lacharrière a commencé ses conférences cliniques le jeudi 11 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants. Ces conférences seront au nombre de huit seulement.

— Par arrêté ministériel du 3 mai, M. Rattel, lauréat de la Faculté, a été nommé chef de clinique de la Clinique otologique.

***

Ecole de médecine de Saint-Pétersbourg. — On lit dans le rapport de la délégation municipale de Saint-Pétersbourg que « sur les 935 femmes qui ont été admises aux cours de médecine depuis dix ans, 434 continuent encore leurs études, 281 les ont terminées. Sur ce dernier nombre, 183 ont passé avec succès leurs examens de sortie et ont reçu des certificats provisoires qui le constatent; 60 commencent à subir les examens définitifs, 33 se préparent encore à ces examens et 5 seulement ont renoncé à se présenter devant les examinateurs.

***

Université d'Aberdeen. — M. Erannus Wilson vient de faire don à l'Université d'Aberdeen d'une somme de 50,000 dollars pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique.

***

Nomination. — M. le docteur Langlet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Reims, vient d'être nommé chef du bureau municipal d'hygiène de la ville de Reims, création nouvelle qui a pour but la surveillance générale de tout ce qui intéresse l'hygiène publique.

***

Concours des chirurgiens du bureau central. — Le jury se compose de MM. Richet, Gombault, Terrier, Berger, Terrillon, Luplay, Tillaux, Lannelongue et Le Dentu.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

77. M. Vincent. Influence de la température de la mère sur la vie du fœtus. — 78. M. Ferrand. Contribution à l'étude des épanchements séreux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. — 79. M. Jacques. De l'intoxication dans les manufactures de tabac. — 80. M. Fort. Des combinaisons chimiques du phosphore et de l'essence de térébenthine ; déductions physiologiques et cliniques. — 81. M. Couetoux. De la rétroversion utérine ; son traitement mécanique. — 82. M. Comby. De l'empyème pulsatile.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 28 AVRIL AU JEUDI 4 MAI 1882.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 25. — Rougeole 38. — Scarlatine 4. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 52. — Dysenterie 0. — Erysipèle 6. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Infections puerpérales 10. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 219. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 32. — Pneumonie 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 41. — au sein et mixte 28. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 81. — de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 94. — de l'appareil digestif 60. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 9. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 33. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1,177 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU LARYNX, DU PHARYNX ET DE LA TRACHÉE, par Morall Morell Mackenzie, médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine à Londres, professeur de laryngologie au « London Hospital », traduit de l'anglais et annoté par MM. les docteurs E.-J, Moure et F. Berthier. 1 beau vol. in 8 de 820 pages avec 127 figures dans le texte. — Prix : 13 fr. — A la librairie O, Doin, 8, place de l'Odéon.

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC, par le docteur Galliard, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. Médaille de bronze de l'Assistance publique. In-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

MARCHE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ LES ALCOOLIQUES, par le docteur Moreaux. In-8 de 90 pages. — Prix : 3 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

ÉTUDE SUR LA SCLÉROSE DU MYOCARDE (Myocardite scléreuse hypertrophique primitive). DE SON IMPORTANCE DANS LA PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS ASYSTOLIQUES (Myocardite scléreuse secondaire), par le docteur Juhel-Rénoy, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux (concours des internes, 1re mention). In 8 de 116 pages, avec 2 planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

RECHERCHES SUR L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE DU GROS ORTEIL, par le docteur Pedro Osorio. In-8 de 54 pages, avec 2 planches. — Prix 3 fr. — A la librairie O. Doin, place de l'Odéon.

DE L'ÉTIOLOGIE ET DE LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE JAUNE, par le docteur Borre, médecin de 1re classe de la marine, professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale de Brest, 1 vol. in-8, avec une planche en couleur. — Prix : 3 fr. 50. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 18 mai 1882.

AUTO-VACCINATION ET VACCINE GÉNÉRALISÉE. — PÉTITION DU CORPS DES AGRÉGÉS AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE REVENDIQUANT LEUR DROIT A LA SUPPLÉANCE DES PROFESSEURS.

Une communication de M. Guéniot à l'Académie de médecine a soulevé une courte discussion au cours de laquelle quelques faits intéressants de pratique vaccinale se sont produits. Dans la grande majorité des cas, l'éruption vaccinale est discrète et limitée aux points d'inoculation. Dans quelquescas, elle s'étend, se généralise, et sa confluence est telle que, dans un champ assez circonscrit, on peut, comme chez l'enfant qui a été le sujet de l'observation de M. Guéniot, compter près de trois cents pustules. Il va sans dire que, dans ces conditions, les phénomènes généraux prennent un haut degré d'intensité et que la vie de l'enfant peut même être sérieusement menacée.

Les faits qui précèdent peuvent se diviser en deux groupes. Dans les uns la multiplication des pustules ne peut s'expliquer que par une disposition particulière de l'enfant, une grande réceptivité de sa part pour le virus vaccin; il s'agit nettement alors d'une vaccine généralisée, que rien d'ailleurs ne peut faire prévoir et qui échappe ainsi à toute prophylaxie.

Dans les autres, il existait, sur le corps de l'enfant, des lésions de la peau (eczéma, gourmes, pemphigus, echtyma vésicatoire, écorchures, etc.) par lesquelles le virus des premières pustules a pu s'inoculer avant que l'immunité ait été acquise; ce sont alors des inoculations secondaires, des auto-inoculations, et leur nombre varie naturellement avec l'étendue et le nombre des portes d'entrée ouvertes au liquide vaccinal. Ici peut prévoir et, dans une certaine mesure, prévenir la multiplication des pustules. A ce point de vue, les petites précautions indiquées par M. Guéniot semblent excellentes. Au besoin, s'il n'y a pas d'épidémie de variole, on peut ajourner la vaccination, attendre, par exemple, dans le cas d'eczéma un peu étendu, la fin de la poussée éruptive. Il est difficile, en pareil cas, de formuler une règle générale : c'est au praticien, instruit de ce qui peut arriver, de s'inspirer des circonstances.

Quand il s'agit, comme dans le premier groupe de faits, de vaccine généralisée, le vaccin trouve-t-il, dans la réceptivité toute particulière de l'individu, des conditions également particulières d'activité ? Nous ne savons si la question a été ainsi posée et étudiée expérimentalement. En tout cas, nous la signalons aux vaccinateurs. Il est généralement admis que le terrain de culture ne reste pas sans influence sur la vigueur du produit cultivé; le vaccin peut très bien ne pas échapper à cette loi et, en ce cas, il y aurait un intérêt pratique à utiliser la source abondante de vaccin fournie par une vaccine généralisée.

— Nous reproduisons plus loin une pétition adressée au ministre de l'instruction publique par les agrégés des Facultés de médecine à l'effet de revendiquer leur droit à la suppléance des professeurs absents ou empêchés. Cette revendication est des plus justes, des plus légitimes, et l'on ne peut que s'y associer. Cependant on nous permettra encore ici de répéter que l'intérêt général de l'enseignement prime la prérogative des agrégés et qu'il peut se présenter des cas, fort rares sans doute, tout à fait exceptionnels même, où cette prérogative ne saurait avoir force de loi.

La lecture des noms et qualités des signataires de la pétition soulève deux remarques.

La première a trait à l'absence de représentants de la Faculté de Lille. Pourquoi celle-ci a-t-elle été écartée? Serait-ce parce que le corps d'agrégation y compte relative-

FEUILLETON

NOTE SUR CHARLES DARWIN, par M. DE QUATREFAGES (1).

Suite et fin. — Voir le numéro 19.

La question qui s'imposait le plus impérieusement à Darwin est une de celles qui ont préoccupé les plus grands esprits, Geoffroy Saint-Hilaire comme Buffon : je veux parler de la variabilité de l'espèce. Elle fait le fonds de la doctrine du savant anglais; il en est sans cesse préoccupé et la cherche toujours, partout, dans les deux règnes organiques. C'est grâce à ce point de vue spécial qu'il a su voir bien des faits qui avaient échappé à ses prédécesseurs ; qu'il a institué des expériences auxquelles on n'avait pas songé ; qu'il a atteints des résultats inattendus, très positifs, dont auront désormais à tenir compte la physiologie, la botanique, la zoologie. Là est l'œuvre originale de Darwin, celle qui lui assure une place à part et des plus élevées parmi les naturalistes. Et, chose remarquable, il y a dans cette œuvre des enseignements pour tous. Nulle part on ne trouvera d'arguments plus sérieux pour combattre les doctrines transformistes qui ont provoqué ces études. En revanche, nulle part on ne rencontrera de plus solides raisons à opposer aux morphologistes exagérés On comprend que je ne puis développer ici toute ma pensée; mais je ne crois pas exagérer en disant que, pendant bien longtemps et peut-être toujours, quiconque se préoccupera des questions générales auxquelles je fais allusion devra d'abord étudier les écrits de Darwin.

Je ne saurais les énumérer ici. Il en est d'ailleurs qui échappent à ma compétence. Je veux seulement rappeler les deux volumes consacrés à l'étude de la variation chez les animaux et les plantes sous l'empire de la domestication; et, au milieu de la masse de faits, d'observations, d'expériences contenus dans ces mille pages, je ne m'arrêterai qu'un instant au mémoire sur les pigeons.

(1) On a reproché à l'Académie des sciences d'avoir hésité et tardé à s'adjoindre Darwin : la note que nous reproduisons d'après les comptes rendus de l'Académie, due à un homme qui a combattu les doctrines du naturaliste anglais, montre en quel honneur et quelle estime il était tenu au sein de la savante compagnie.

ment peu d'élus du concours? Ceci nous conduit à la seconde remarque.

On voit que, pour les Facultés dans lesquelles on compte à la fois des agrégés nommés au concours et des agrégés nommés en dehors du concours, les premiers seuls sont représentés. Or le droit revendiqué dans la lettre adressée au ministre est inhérent aux fonctions mêmes d'agrégé, non au mode de nomination, et, malgré tout le respect qu'on peut avoir pour le concours, il semble que tel agrégé, nommé directement, peut avoir autant d'aptitude et de titres à la suppléance d'une chaire que tel autre ayant affronté un concours où le nombre des places était supérieur à celui des concurrents.

Dans les Facultés récemment créées, on a dû instituer d'office un corps d'agrégés destiné à se recruter ensuite et à se renouveler par le concours. En attendant que le renouvellement complet ait eu lieu, il est désirable qu'aucune cause d'inégalité et par suite aucun germe de discorde n'intervienne entre collègues qu'une collaboration habituelle convie à une entente et à une estime réciproques.

Dr F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS

III

Leçon de M. JULES SIMON, recueillie par M. VARÈLE et revue par le professeur.

Suite. — Voir les numéros 7, 8 et 19.

11° *Diarrhées hépatiques et pancréatiques.* — Ces diarrhées sont le résultat de quelque trouble dans les sécrétions du foie ou du pancréas. Il n'est pas rare de les observer, survenant sans fièvre ni douleur de ventre, et caractérisées seulement par un flux de bile qui donne lieu à des selles et à des vomissements bilieux. Quelquefois les garde-robes sont graisseuses; d'autres fois elles sont décolorées. Dans le premier cas, la diarrhée est produite par une polycholie plus ou moins considérable; dans le second cas, au contraire, ou bien il y a acholie ou bien la bile, détournée de ses voies ordinaires, ne s'écoule plus dans l'intestin; de là des phénomènes de dyspepsie intestinale. Enfin, dans un troisième cas, il y a trouble des fonctions du foie et tout à la fois du pancréas, dont la sécrétion est enrayée ou dont les produits secrétés n'arrivent plus dans l'intestin. Ces diarrhées doivent être traitées comme la lientérie et la diarrhée séro-muqueuse, c'est-à-dire par les vomitifs, afin d'exagérer, après une secousse générale par l'émétine, les fonctions de l'intestin et des glandes qui lui sont afférentes.

L'acholie et la polycholie ainsi traitées, l'on conseille aussi quelquefois les eaux de Vals ou de Vichy, et l'on est surpris de voir les malades digérer plus mal, s'affaiblir; il faut alors changer votre manière de faire et recourir aux substances acides. C'est ainsi qu'un jour l'on m'amenait un enfant atteint d'ictère vert depuis quinze jours, de dyspepsie, ayant des selles décolorées et soigné cependant par un excellent médecin, de mes amis, fort capable, qui l'avait traité sans succès par les purgatifs, par un petit vomitif, l'eau de Vals, puis l'eau de Vichy. Devant cet insuccès je conseillai à mon confrère de prescrire à l'enfant des salades, des soupes à l'oseille très acidulées, des viandes froides, des boissons acidules entre et pendant les repas. L'enfant guérit parfaitement. Ce n'est pas cependant que je veuille conseiller de commencer toujours ainsi le traitement de ces diarrhées, non; mais, lorsque je m'apercevrai que les alcalins ne réussissent pas, j'aurai recours à cette dernière médication.

12° *Diarrhée tuberculeuse.* — Lorsque la diarrhée est survenue sous l'influence d'une tuberculose de l'intestin, du mésentère ou du péritoine, le médecin ne peut qu'avoir recours à la médication des symptômes. Si l'intestin s'est trouvé perforé, à un moment donné, par suite de quelque abcès froid ou chaud, développé autour du cœcum, ce qui du reste est assez rare, vous emploierez les laxatifs et ferez faire de grands lavages intestinaux.

13° *Diarrhée des fièvres éruptives et de l'érysipèle.* — Dans ce cas, la diarrhée peut être le résultat d'une simple fluxion intestinale et il n'y a pas réellement à s'en préoccuper beaucoup. Mais si l'hypersécrétion persiste, si l'enfant commence à s'affaiblir, il faut intervenir activement, pour empêcher un flux abdominal exagéré, et recourir au traitement de l'entérite simple.

S'il s'agit en même temps d'une variole noire, d'une scarla-

Ce travail a demandé à Darwin dix années d'études. Pour en réunir les matériaux, il s'était procuré des échantillons de toutes les races connues de pigeons; il en avait préparé lui même les squelettes, qu'il a décrits presque os par os De cette étude des caractères extérieurs et ostéologiques, il a conclu que ces oiseaux domestiques, indistinctement appelés du même nom, présentent au moins 150 formes plus ou moins tranchées, se perpétuant toutes par voie de génération et pouvant être prises pour autant d'espèces, si on les rencontrait en liberté. Ces formes sont en outre assez différentes pour que, si on leur appliquait les règles de la classification employée dans la distribution des espèces, on dût en former cinq genres distincts.

En présence d'une diversité si grande, Darwin s'est demandé si toutes ces espèces apparentes peuvent remonter à une forme initiale commune; ou bien si, comme l'avaient pensé Buffon et Cuvier lui-même, plusieurs espèces sauvages avaient mêlé leur sang pour engendrer ce que nous appelons les pigeons domestiques Or, par un ensemble de faits précis et de déductions rigoureuses, il arrive à montrer que tous les pigeons descendent du seul biset, la *columba livia* des naturalistes. Puis il contrôle par l'expérience ce résultat tiré de l'observation Il marie entre elles les formes les plus dissemblables; il accumule dans les mêmes sujets le sang des représentants des cinq genres prétendus dont je parlais plus haut; il trouve que ces produits si complexes ne perdent rien de leur fécondité. Enfin, comme contre-épreuve, il marie ces pigeons avec d'autres espèces que le biset, et constate la disparition de la fécondité.

Rien de plus net que les conséquences qui ressortent de ce long labeur L'espèce peut varier presque indéfiniment dans les formes de ses représentants, sans perdre ce qu'elle a de fondamental, savoir : la faculté de se reproduire. La séparation physiologique des espèces, même très voisines, est mise en évidence tout aussi clairement par ces expériences. Tous ces faits sont en contradiction absolue avec le fond même de la théorie qui admet l'évolution et la transmutation de l'espèce. Darwin va-t il pour cela les nier ou les méconnaître? Non certes; et c'est ici qu'apparaît dans tout son jour un trait de caractère et d'intelligence que je dois au moins indiquer, sous peine de laisser une grave lacune dans cette trop rapide esquisse.

Les disciples enthousiastes de Darwin affirment qu'il a tout ex-

tine grave, d'une rougeole compliquée de dépression considérable des forces, alors il faut, sans perdre de temps, vous adresser aux astringents, à l'alcool à toute dose, aux révulsifs puissants, en ayant grand soin, bien entendu, de rejeter le laudanum.

14o *Diarrhée typhique*. — Dans la diarrhée d'une fièvre typhoïde, dont le diagnostic ne laisse aucun doute, quand la maladie est en pleine évolution, faut-il intervenir ? Ainsi que je vous en ai déjà dit quelques mots, je répondrai : Oui, et de la manière suivante : 1o par des soins hygiéniques, par le changement de chambre et de draps matin et soir; 2o par des frictions stimulantes et non pas par des bains froids qui, non seulement sont inutiles, mais encore sont nuisibles chez les enfants; 3o par des lavements laudanisés. Ici le laudanum de Sydenham est un médicament indispensable, non pas simplement comme un antidiarrhéique, mais encore comme un agent modificateur; sa dose est de 2 à 3 gouttes en lavements matin et soir chez les enfants âgés de six à dix ans. En même temps, je ferai prendre au petit malade, maintenu dans une demi-obscurité, une potion alcoolisée pour soutenir ses forces, et je l'alimenterai selon la marche de la maladie.

S'il survient pendant ce temps quelque flux de sang, — phénomène qui peut être favorable ou qui peut emporter l'enfant, — il faut, sans plus tenir compte de la fièvre typhoïde, administrer le perchlorure de fer à l'intérieur, par la bouche, à la dose d'une ou de deux gouttes toutes les heures. De plus, on a recours aussi aux boissons glacées, à des sorbets, à l'eau froide en très petite quantité, au bouillon glacé, aux demi-lavements froids contenant de cinq à dix gouttes de perchlorure de fer. On fait encore des applications de glace sur le ventre; on condamne le petit malade à une immobilité absolue, en se bornant à le soulever sans le remuer lorsqu'il veut aller à la selle. Enfin, on continue l'emploi du laudanum, si l'enfant n'est pas dans un état adynamique, pour éviter les douleurs pouvant résulter de l'hémorragie intestinale.

En terminant ici ce qui a trait au traitement des hémorragies dans la fièvre typhoïde, j'ouvre une parenthèse pour vous dire qu'en cas d'épistaxis, on prendra de l'amadou que l'on coupera en lanières de la largeur du petit doigt, et que l'on trempera ensuite dans une solution de perchlorure de fer, afin de les introduire facilement dans les fosses nasales et les pousser, en les tamponnant, le plus profondément possible. Par-dessus ces lanières, on placera un autre morceau d'amadou. Si, malgré ce moyen, le sang filtre encore, on recommencera le tamponnement des fosses nasales en introduisant tout d'abord un bourdonnet de charpie convenablement amarré avec un fil et l'on placera ensuite, comme la première fois, les lanières d'amadou.

15o *Diarrhée de la fièvre intermittente*. — Ici, nous touchons à un sujet spécial des plus intéressants. Il y a des diarrhées aiguës et des diarrhées chroniques. Chez les enfants à la mamelle, l'origine palustre des accidents diarrhéiques est généralement difficile à diagnostiquer. L'accès intermittent est le plus souvent insaisissable, qu'il soit diurne ou nocturne; l'enfant devient froid tout à coup; son petit corps vous donne la sensation d'un morceau de marbre. Cette première période a une durée de quelques secondes, puis vient le stade de chaleur et, une heure après, la transpiration.

Dans la diarrhée aiguë palustre, chez un enfant sevré ou chez un petit être âgé de deux à trois ans, la fièvre intermittente est assez souvent tierce ou double tierce et l'accès, quelquefois nocturne, est plus caractérisé.

La forme pernicieuse a été aussi signalée, avec ses accès irréguliers, pouvant se terminer par la mort. Ses manifestations se portent sur la tête, sur le cœur, sur le thorax ou sur l'abdomen, et, dans ce dernier cas, elles revêtent les apparences d'une péritonite ou du choléra.

Parmi le grand nombre de cas de fièvre intermittente originaires de tous les pays du monde que j'ai pu observer jusqu'à ce jour, je vous citerai celui de la femme d'un ingénieur de la rue de Lisbonne. Chez elle, l'accès, survenu à la suite d'un refroidissement subit, fut caractérisé par des symptômes de péritonite et de choléra avec vomissements et selles tellement abondants que, ne pouvant administrer aucun médicament par les voies supérieures ou inférieures, je dus avoir recours à une injection sous-cutanée de sulfate de quinine.

J'ai vu aussi, chez un enfant, la fièvre palustre se manifester par une diarrhée subite et profuse, par des vomissements et un refroidissement général, tel que bientôt la mort s'ensuivait.

Dans ces diarrhées d'origine palustre, intermittente, la médication est des plus importantes à bien faire d'emblée. Il ne faut pas compter sur l'opium, ni sur les astringents, ni sur les cathartiques; un seul médicament est indiqué par la nature même des accidents, c'est-à-dire le sulfate de quinine, c'est lui qu'il faut administrer immédiatement sans perdre de temps

---

pliqué dans le monde organique. Bien autre est le langage du maître. Sans doute il se laisse trop souvent entraîner par l'élan de sa pensée. Pourtant, bien souvent aussi, il garde assez de sang-froid pour reconnaître, jusque dans ses propres travaux, les raisons et les faits qui militent en faveur de ses adversaires. Alors, il s'empresse de les leur signaler avec une loyauté qui a quelque chose de chevaleresque. Il est le premier à déclarer qu'il ne sait rien sur l'apparition de l'archétype, ancêtre de tous les êtres organisés; il repousse, comme étant en désaccord avec les résultats de l'expérience, la croyance à une génération spontanée, qui aurait si facilement complété sa doctrine; il reconnaît que la lutte pour l'existence et la sélection naturelle ne peuvent expliquer l'apparition dans un organisme de quoi que ce soit de vraiment nouveau; il fait le même aveu quand il s'agit de l'infécondité, qui doit, à un moment donné, séparer physiologiquement des formes issues d'une même souche et les transformer en espèces distinctes. Cette bonne foi constante donne à certaines pages de Darwin un charme particulier. On suit avec intérêt, jusque dans ses écarts, ce penseur tout occupé de vous imposer ses croyances, et qui n'en met pas moins entre vos mains, avec une véritable candeur, les armes les plus propres à le combattre. On pose ses livres avec un redoublement de haute estime pour le savant, d'affectueuse sympathie pour l'homme.

Pas plus dans ces pages presque improvisées que dans mes autres écrits, je ne pouvais taire ce qui me sépare de Darwin. Comme toujours, je l'ai fait à regret. En revanche, c'est du fond du cœur que j'ai tenté de lui rendre un dernier et bien juste hommage.

En agissant ainsi, il me semble que je dois me trouver d'accord avec le sentiment général de l'Académie. Elle n'accueillit pas d'emblée la candidature de Darwin comme correspondant. Quelques séides du savant anglais lui en ont fait un reproche; c'est à tort. Pour eux, le mérite de Darwin était surtout dans sa théorie. Par ses premières hésitations, l'Académie a indiqué qu'elle ne pouvait s'associer à ce jugement. Puis, en accueillant l'auteur du livre *Sur l'origine des espèces*, elle a prouvé qu'elle avait su reconnaître tout ce qu'il y a d'important, de durable dans l'œuvre complexe de l'illustre naturaliste et rendre justice à ses mérites vrais. Elle a donc rempli de tout point ses devoirs de tribunal scientifique avec une haute impartialité.

dans des tâtonnements où des théories inutiles et toujour dangereuses pour le malade.

S'il s'agit d'un enfant à la mamelle, vous donnerez un petit lavement de :

Eau	3 à 4 cuillerées à bouche
Sulfate de quinine	15 à 20 centigrammes.
Eau de Rabel	2 gouttes.
Laudanum de Sydenham.	1 —

Ce dernier médicament n'est ajouté à la formule que pour faire garder plus facilement le lavement dans l'intestin de l'enfant.

En même temps, chez ces mêmes petits êtres, je fais pratiquer des frictions aux jarrets et aux aisselles, c'est-à-dire là où la peau absorbe avec plus de facilité les substances médicamenteuses, avec la pommade suivante :

Sulfate de quinine	10 grammes.
Axonge	10 —

Passé l'âge de deux ans, je remplace les frictions par l'administration du sulfate du quinine par la bouche sous la forme suivante :

Sirop de groseille	60 grammes.
Sirop tartrique	60 —
Sulfate de quinine	de 20 à 30 centigr.
Acide sulfurique	Q. S.

Préparation que l'enfant prendra en trois fois rapprochées, de gré ou de force, si cela est nécessaire. Le sulfate de quinine peut aussi se donner soit dans de la glycérine, soit dans de l'eau. De plus, je fais administrer encore un lavement d'eau et de sulfate de quinine comme chez l'enfant à la mamelle. Quant aux frictions, si j'y avais recours, ce ne serait qu'à titre de complaisance, chez les enfants âgés de plus de deux ans, car, chez eux, le médicament n'est plus suffisamment absorbé, pour avoir par là quelque efficacité.

Quant aux injections sous-cutanées, aux piqûres de sulfate de quinine, je n'en parle pas pour les jeunes enfants, et si j'étais appelé à en pratiquer, je ne le ferais pas avant l'âge de six ou sept ans.

Certains enfants ont des diarrhées qui ne guérissent que par le sulfate de quinine, et, bien qu'elles revêtent l'aspect dysentériforme avec flux de sang, il ne faut voir là qu'un fait de fièvre intermittente larvée.

On observe aussi quelquefois des diarrhées chroniques avec flux de sang et hémorrhoïdes, qui se sont établies ainsi d'emblée sans avoir été précédées de diarrhée aiguë et qui ne guérissent encore que par le sulfate de quinine. Il me paraît utile de vous les signaler encore.

Cela me rappelle certaine malade atteinte d'une diarrhée intermittente depuis vingt ans, dont l'origine palustre était restée méconnue, et qui, après avoir été traitée sans succès par tous les moyens possibles, guérit tout à coup dans l'espace d'un mois par le sulfate de quinine, alors qu'elle en était arrivée à une position désespérée. Ce n'était là encore qu'une fièvre intermittente larvée, se manifestant par des accidents diarrhéiques.

Pour terminer aujourd'hui le sujet des différentes diarrhées que l'on peut observer chez les enfants, il me reste encore quelques formes à étudier avec vous, notamment la diarrhée syphilitique et la diarrhée herpétique.

Dr Picqué.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur le parasite de la malaria.

Note de M. Richard.

M. Laveran, professeur agrégé du Val-de-Grâce, a signalé récemment dans le sang des malades atteints d'impaludisme un microbe spécial, auquel il a donné le nom d'*oscillaria malariæ*. J'ai, de mon côté, à l'hôpital de Philippeville, où les malades palustres abondent, institué les mêmes recherches, et j'ai trouvé d'une façon constante le même parasite chez les malades ayant des fièvres d'accès, parasite qui manque absolument chez les nonpaludéens. Ces observations m'ont fourni, sur le microbe de la malaria, des détails nouveaux.

Ce microbe a un habitat spécial, le globule rouge du sang, dans lequel il se développe comme un charançon dans une lentille, et d'où il sort une fois qu'il est arrivé à l'état parfait. Lorsqu'on examine du sang d'un malade qui est sous le coup de fièvres d'accès, on trouve des globules rouges qui ont, dans leur épaisseur, une toute petite tache claire, parfaitement ronde; ces globules ont, du reste, conservé toute l'apparence et toute l'élasticité des globules rouges normaux : ils sont simplement, qu'on me passe l'expression, *piqués*. A côté de ces globules, il en existe d'autres où l'évolution du microbe est plus avancée; la tache claire s'est agrandie et elle est entourée comme d'une sertissure de fines granulations noires; tout autour, l'hémoglobine, parfaitement reconnaissable à sa teinte jaune verdâtre, forme un anneau

---

Aujourd'hui, Darwin est mort; et, à coup sûr, nul dans cette enceinte n'a marchandé de sincères, de cordiaux regrets à ce véritable et grand savant qui a voulu passer sa vie entière, uniquement consacrée à l'étude, à la méditation, dans une retraite modeste, loin des honneurs qu'il lui eût été si facile d'atteindre et qui sont venus le chercher, quand il ne pouvait plus s'en défendre.

Ecole de médecine de Marseille. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine s'ouvrira le 4 décembre prochain. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — Un concours pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 20 juin 1882.

***

Souscription Broca. — Le comité choisi pour élever un monument à la mémoire de Paul Broca vient de publier une quatrième liste de souscriptions s'élevant à la somme de 2,252 fr. 50 c. Cette somme, jointe à celles qui ont été précédemment recueillies, donne un total de 22,448 fr. 95 c.

***

Hospices civils de Saint-Etienne. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle que le lundi 12 juin 1882, un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien nommé à la suite de ce concours, entrera en fonctions le 1er juillet 1882. Son traitement sera de 1,500 fr par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser, pour les conditions particulières, au secrétariat des hospices, rue Valbenoîte, 40.

***

qui ira se rétrécissant à mesure que le parasite augmentera lui-même de volume. Il arrive un moment où il ne reste plus qu'une étroite zone marginale, parfaitement décolorée, l'hémoglobine ayant disparu en entier; et où tout le corps du globule rouge est réduit à sa coque et est envahi par le microbe; à ce moment, l'on a sous les yeux un élément circulaire (corps nº 2 de Laveran), ayant à peu près la dimension du globule rouge et renfermant une élégante collerette de granulations noires; cette collerette, c'est le microbe qui est arrivé à son état parfait et qui est pourvu d'un ou plusieurs prolongements très ténus, mesurant 25μ et plus de longueur; seulement ils ne sont pas visibles ainsi. A ce moment, le parasite va percer la membrane qui le contient et s'échapper en liberté dans le plasma sanguin. J'ai, en effet, sur plusieurs de mes préparations, vu le microbe sorti presque en entier de sa coque, qui restait appendue sur un de ses côtés sous la forme d'un cercle extrêmement pâle, nécessitant une grande attention pour être aperçu; des observations souvent répétées ne me laissent aucun doute sur la réalité de ce fait de l'émigration. D'autres fois, les filaments mobiles percent seuls l'enveloppe, dans laquelle le corps du parasite continue à rester enfermé. D'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, on le voit entrer en mouvement, et s'agiter vivement à la façon d'une verge flexible qu'on secouerait violemment en la tenant par le gros bout: ils fouettent les globules rouges voisins dans leurs évolutions; il arrive parfois que leur extrémité libre, légèrement renflée, se prend dans une maille du réticulum fibrineux, et alors c'est le corps du parasite qui oscille, en même temps que le filament se meut avec une rapidité croissante, comme s'il cherchait à se dégager. Au bout d'une heure, quelquefois moins, rarement plus, le mouvement s'éteint, et il ne reste que le cadavre du parasite.

Ce phénomène si curieux des vibrations n'est pourtant pas la règle, du moins sur le champ du microscope; la plupart du temps le parasite reste inerte; on a d'autant plus de chance de voir les vibrations qu'il est plus avancé dans son développement. Les globules rouges à parasites très petits n'entrent jamais en mouvement.

Voici le dernier terme de tous les globules rouges parasitifères. On les voit peu à peu s'étaler, se déformer; la collerette pigmentaire se défait, et on a sous les yeux une de ces masses grisâtres, renfermant quelques granulations noires, qui ont été signalées par plusieurs observateurs, Kelsch entre autres. Les granulations pigmentaires, ainsi devenues libres, sont rapidement reprises dans le sang par les leucocytes, qui s'en imprègnent; je tiens à bien faire ressortir ici que le leucocyte mélanifère n'est qu'un épiphénomène du processus palustre, l'altération primordiale, essentielle, portant sur le globule rouge.

M. Laveran a signalé encore d'autres corps allongés, ovalaires ou en forme de croissants (corps nº 1), ayant en longueur le diamètre du globule rouge. J'ai très souvent rencontré ces éléments, toujours chez d'anciens fébricitants; je pense que ce sont des globules rouges parasitifères, qui sont restés engagés pendant quelque temps dans les capillaires qu'ils ont traversés péniblement, et qui en ont gardé cette attitude forcée; je pense aussi que ces parasites sont arrêtés dans leur développement, car on ne les voit jamais entrer en vibration.

Il y aurait nombre de déductions physico-pathologiques à tirer de ce qui précède; je me contenterai d'un seul exemple. L'accès pernicieux comateux tient à une obstruction des capillaires cérébraux par des masses d'éléments dans lesquels une collerette de granulations noires fait nettement reconnaître les microbes ci-dessus décrits. Or les globules rouges parasitifères sont remarquables en ce qu'ils ont perdu toute leur élasticité et sont devenus très visqueux. Lorsqu'on essaye de les déplacer en pressant sur le couvre-objet, on voit les globules normaux s'échapper dans toutes les directions, tandis que les globules malades restent collés à leur place; pour les en faire bouger, il est nécessaire d'exercer sur la lamelle des pressions violentes. Ils doivent donc, et cela se comprend aisément, passer très difficilement à travers des capillaires très fins, que le globule rouge franchit grâce à son élasticité merveilleuse, et les obstruer pour peu qu'ils soient nombreux; or, dans l'accès pernicieux, leur nombre est énorme.

La destruction des globules rouges, si remarquable dans la malaria, l'action du sulfate de quinine, l'opiniâtreté de l'infection, s'expliquent trop bien pour qu'il soit nécessaire de m'y arrêter.

Chez tout malade qui va avoir un accès, le microbe se retrouve. J'en excepte les cachectiques palustres; pour cette catégorie, mes recherches ne sont pas encore complètes.

Au point de vue du diagnostic, le microbe palustre constitue un élément précieux, tant pour le praticien que pour le nosologiste.

Au point de vue histologique, je crois que ce microbe est un vrai réactif, indiquant que le globule rouge est vraiment muni d'une membrane d'enveloppe.

Technique. — J'ai suivi le procédé de Laveran, qui consiste à examiner directement, sans liquide additionnel, le sang tiré du doigt par une piqûre. Il est nécessaire de prendre une très petite gouttelette de sang, afin d'avoir les globules bien étalés les uns à côté des autres. Cette méthode est la seule à employer lorsqu'on veut étudier le microbe et ses mouvements, mais elle est insuffisante lorsqu'il s'agit de déceler les globules parasitaires dans un sang qui n'en renferme que peu; pour obtenir ce résultat, j'ai imaginé de détruire les globules rouges normaux, en mélangeant à la goutte de sang une goutte d'acide acétique; les parasites ne sont pas détruits: on les retrouve avec la plus grande facilité. Cette méthode a en outre l'avantage de pouvoir conserver pendant quelque temps les globules parasites allongés, mais ceux-là seulement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Toxicologie.

Empoisonnement par le faux ébénier (British medical Journal, février 1882).

— Il s'agit de deux cas de mort à la suite de l'ingestion de parties indéterminées de cet arbre par deux petites filles, âgées l'une de huit ans, l'autre de trois. Probablement étaient-ce des gousses que ces enfants avaient avalées. La fille aînée fut prise de vomissements et de diarrhée. Elle se plaignait de maux de tête et tomba bientôt dans une grande prostration. Au bout de six heures, les vomissements et la diarrhée avaient cessé. Mais la respiration était devenue bruyante et resta ainsi jusqu'à la mort, qui survint quatorze heures après le début des accidents. Dès le lendemain, sa jeune sœur tombait malade à son tour. Elle se sentait fatiguée, engourdie, et vomissait fréquemment. Elle eut deux selles diarrhéiques. Au bout de cinq heures, elle fut prise de convulsions qui persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu huit heures après le commencement de la maladie.

A l'autopsie, on trouva des traces d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Le tube digestif ne renfermait aucun débris végétal. Mais on put extraire des deux corps l'alcaloïde du faux ébénier, la *cytisine*, qui présentait ses réactions ordinaires et avec laquelle on détermina des phénomènes d'intoxication mortelle chez des animaux.

Observations d'empoisonnement déterminé par les boîtes de conserves alimentaires, par le docteur Henner (Lancet, 1881, octobre, p. 607).

— Les recherches de l'auteur ont une importance capitale au point de vue de l'hygiène publique. Des analyses faites

par lui du contenu d'un grand nombre de boîtes d'étain servant à renfermer les conserves, il résulte que la plupart des échantillons contenaient une quantité plns ou moins grande de ce métal. Les expériences sur les animaux ont prouvé que, si les sels stanniques sont inoffensifs, les sels stannenx, au contraire, jouissent de propriétés éminemment toxiques.

De l'empoisonnement par l'aconit, par les docteurs E.-T. Reichert et Tucker (Philadelphia medical Times, novembre 1881).

— Les recherches des auteurs portent sur deux séries de faits. La première comprend 41 observations, la seconde 53.

Sur les 41 cas de la première série, il y a eu 28 guérisons et 13 morts. L'époque des décès a variée entre 30 minutes et cinq heures et demie après l'ingestion du poison. Dans huit cas, il y a eu de la dysphagie; dans 1 cas de la salivation; dans 1 cas une augmentation de toutes les sécrétions en général; dans 2 cas du larmoiement; dans 3 cas de la sécheresse de la gorge; dans 4 cas une soif intense; dans 1 cas de la constriction du pharynx; dans 3 cas des nausées; dans 17 cas des vomissements. Les caractères des matières vomies ont varié beaucoup, présentant tantôt l'odeur du camphre, tantôt celle de l'alcool. Tantôt elles ont été muqueuses, tantôt bilieuses. Dans 6 cas il y a eu de la diarrhée; dans 2 cas de l'incontinence des matières fécales; dans 1 cas de la tympanite; dans 1 cas de la diurèse. En ce qui concerne l'intelligence, la sensibilité et la motilité, les phénomènes ont été également très variables.

Certains symptômes méritent d'attirer particulièrement l'attention. C'est ainsi que dans quelques cas il y a eu une jactitation très marquée avec mouvements violents de la tête ou d'un membre. Chez un malade les yeux étaient tellement saillants qu'on eût dit qu'ils allaient sortir de leurs orbites. Des rêves gais, analogues à ceux qui suivent l'ingestion du haschich, ont été signalés aussi. Le pouls et la respiration ont été généralement remarquables par leur lenteur. Chez certains malades on ne comptait que 5 à 6 respirations et vingt pulsations par minute.

La seconde série, celle du docteur Tucker, comprend 53 cas, sur lesquels il y a eu 28 guérisons et 25 morts. Les malades ont succombé dans un laps de temps variant entre une heure et six jours. Les symptômes observés ont été aussi variables que dans la première série.

De l'emploi du chloral dans l'empoisonnement par la belladone, par le docteur Smith.

Il s'agit d'une dame qui, par inadvertance, avait avalé une forte dose d'un liniment belladonné. Traitée d'abord sans succès par l'émétique, l'opium et les stimulants, elle fut soumise à l'action du chloral à haute dose. Une demi-heure après l'administration de ce médicament, la malade reprenait connaissance, et dès le lendemain elle était en pleine santé.

(Lancet, octobre 1881, p. 589.)

De l'action du gossypium herbaceum, par le docteur J. Martin.

Les résultats obtenus avec l'extrait aqueux sur les grenouilles ont été les suivants: stupeur, hébétude, retard dans les perceptions, diminution de l'activité musculaire. Les nerfs, le sciatique entre autres, conservent leur irritabilité; il en est de même des muscles. La sensibilité ne diminue que peu à peu et au fur et à mesure que l'on augmente la dose du poison. Le pouvoir réflexe n'est pas détruit; le cœur ne présente aucune modification. Des résultats analogues ont été obtenus sur les lapins; des injections pratiquées sur des lapines pleines n'ont déterminé aucune action sur l'utérus.

(Amer. Journ. of. med. sc., janvier 1882.)

Dr Gaston Decaisné.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Physiologie expérimentale. — Recherches sur l'un des principaux fondements des doctrines relatives au mécanisme de production des mouvements volontaires et des convulsions. Mémoire de M. Brown-Séquard.

Conclusions. — 1o Il faut considérer comme ayant perdu toute valeur l'une des bases principales sur lesquelles sont fondées et la doctrine des centres psychomoteurs et la théorie généralement admise à l'égard des relations entre un côté de l'encéphale et le côté opposé du corps pour les mouvements volontaires et aussi pour les convulsions unilatérales; 2o il faut admettre que la zone excitomotrice de la surface cérébrale, ainsi que toutes les parties excitables de l'encéphale, sont capables de mettre en mouvement les membres du côté correspondant, comme ceux du côté opposé, et qu'elles peuvent produire ces effets après la section transversale d'une moitié latérale du pont de Varole, du bulbe ou de la moelle cervicale, ou même après deux sections, l'une de la main droite, l'autre de la moitié gauche de la base de l'encéphale, à la condition qu'un certain intervalle existe entre ces deux sections.

Hygiène publique. — Etude sur les propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Note de MM. E. Robinet et H. Pellet.

Conclusions. — Il nous est donc permis de dire, en résumé: 1o Que l'acide salicylique, à la dose de 0 gr. 5 par litre, est un antiseptique puissant; 2o qu'à la dose de 1 gramme il détruit l'action de la levure; 3o qu'à la dose de 0 gr. 30 il retarde considérablement la fermentation des moûts sucrés; 4o qu'à la dose de 0 gr. 2 il empêche la fermentation de se produire au sein d'un vin dans lequel on a ajouté du sucre. Enfin qu'il y a lieu de penser qu'à des doses moindres, ajoutées surtout à des produits déjà alcooliques et moins fermentescibles que les moûts de raisin, l'acide salicylique est un agent antiseptique très efficace, ainsi que cela a été constaté par la pratique depuis quelques années sur les vins, les bières, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. le ministre de l'instruction publique demande à l'Académie de désigner des délégués pour assister au quatrième congrès international d'hygiène qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain.

La correspondance non officielle comprend:

1o Une note de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), avec plusieurs rapports à l'appui, sur les progrès réalisés dans cette ville au point de vue de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses.

2o Une lettre de remerciements de M. le docteur Sarazin (de Bourges), récemment élu membre correspondant national.

3o Un pli cacheté déposé par MM. Dumas et Pourquier. (Accepté.)

4o Une lettre de M. le docteur Lubelski (de Varsovie), qui, à l'occasion de la demande faite par M. le ministre de l'instruction publique sur le temps pendant lequel un élève des lycées atteint de maladies contagieuses doit être tenu éloigné de ses camarades, rappelle qu'il s'est toujours bien trouvé de l'application du système quarantenaire préconisé par Frank et institué pour la première fois à Dijon par un arrêté en date du 25 septembre 1779.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'il y a lieu de déclarer deux vacances, l'une dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Bouillaud ; l'autre, dans la section de physique et de chimie, en remplacement de M. Briquet.

— M. HARDY présente, au nom de M. le docteur Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Salins-Montiers, une brochure intitulée : *Les eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers (Savoie)*.

M. LABOULBÈNE présente, au nom de M. le docteur Wiart (de Caen), la deuxième édition des *Mémoires d'un microbe*.

M. POLAILLON présente, au nom de M. le docteur Daniel Mollière (de Lyon), une observation de luxation ancienne de l'épaule, devenue irréductible, et qu'il a pu réduire grâce à la section des adhérences fibreuses qui retenaient la tête humérale hors de sa cavité.

M. LAGNEAU offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sous ce titre : *Ethnologie de la péninsule sud-ouest de l'Europe*. (Extrait des mémoires de la Société d'anthropologie.)

M. LARREY présente, au nom de M. Fayrer, chirurgien en chef de l'armée anglaise aux Indes, et à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, une série d'ouvrages de chirurgie et, entre autres, un livre intitulé : *Clinique chirurgicale aux Indes*.

M. BILLOD, offre en hommage un ouvrage en deux volumes intitulé : *Des maladies mentales et nerveuses*.

M. GERMAIN SÉE présente, au nom de M. le docteur Janicot, médecin consultant à Pougues, le fascicule Ier d'un ouvrage intitulé : *Traité des eaux de Pougues*.

M. GAUTIER, en réponse à la communication faite dans l'une des dernières séances par M Béchamp sur les microzymas, lit une note dont voici les conclusions :

« 1° Je ne me suis occupé, dit-il, que des granulations insolubles que j'ai retirées de la pepsine et des glandes pepsigènes ; M. Béchamp me fait bien à tort généraliser de celles-ci aux granulations moléculaires dont je n'ai jamais parlé.

2° Je n'ai pas dit que ces granulations fussent de nature albuminoïde, encore moins invoqué pour expliquer leurs effets, l'altération spontanée des matières albuminoïdes, altération à laquelle je ne crois pas.

3° Je n'ai pas dit que l'amidon se transformât au sein de l'eau pure en amidon soluble et dextrine, mais comparé simplement à cette transformation celle de la pepsine insoluble au point de vue du phénomène résultant de l'hydratation.

4° J'ai dit que les granulations pepsiques ne se reproduisent pas dans un milieu stérilisé pour les bactéries, mais ce milieu ne l'est pas pour les granulations, en ce sens que leurs effets spécifiques, à savoir les fermentations peptoniques, s'y développent parfaitement.

5° Enfin je n'ai dit nulle part que je considère le protoplasma cellulaire comme dénué de vie après la mort de l'organisme auquel il appartenait. »

— M. JULES ROCHARD complète la communication faite, dans la séance du 11 avril dernier, par M. le docteur Nielly, professeur à l'École de médecine navale de Brest, et relative à une affection cutanée de nature vésiculo-pustuleuse, survenue chez un mousse de 14 ans, et caractérisée par la présence de nématoïdes analogues aux *filaires* et aux *anguillules*.

Le jeune malade a été promptement et parfaitement guéri de son éruption. Il a suffi, pour l'en débarrasser, de lui faire prendre alternativement des bains gélatineux et des bains savonneux en y joignant des onctions faites avec un glycérolé au tannin.

L'examen du sang a été fait chaque jour, du 14 au 25 avril, et a toujours fourni des résultats négatifs. Ce n'est qu'au début de l'affection que M. Nielly a pu trouver dans ce liquide les embryons dont il a parlé à l'Académie. Il n'a jamais rencontré de filaires ni dans les selles, ni dans les urines, ni dans les crachats, ce qui paraît confirmer l'opinion qu'il a émise, et d'après laquelle l'éruption cutanée ne serait que le mode d'élimination de ces nématoïdes ingérés à l'état d'œufs ou d'embryons, se développant dans le torrent circulatoire et venant mourir dans les vésicules à un état de développement moyen.

Malgré les recherches auxquelles s'est livré M. Nielly, dans le pays dont le jeune malade était originaire, il n'a pu parvenir à découvrir la source à laquelle celui-ci a puisé ses filaires. Il est possible qu'il les ait ingérées en se désaltérant à quelque ruisseau ou à quelque mare des environs, mais c'est là une pure hypothèse, et il est impossible de la vérifier, car il faudrait pour cela examiner l'eau de toutes les sources du canton.

Quoi qu'il en soit, on doit considérer comme démontrée, sur un point du département du Finistère, l'existence d'une maladie cutanée spéciale, d'origine parasitaire, analogue au craw-craw de la côte d'Afrique, et il est probable qu'on la retrouvera dans d'autres localités. Cette maladie à laquelle M. Nielly propose de donner le nom de *papulose* filarienne a pour caractère l'apparition de papules siégeant principalement sur les membres et se transformant promptement en vésiculo-pustules au sein de chacune desquelles se montrent une ou plusieurs filaires. Elle n'est pas transmissible parce que le parasite meurt très promptement après avoir été retiré de son milieu.

— M. GUÉNIOT commmunique un fait qu'il a eu dernièrement l'occasion d'observer et qui lui a paru digne d'exciter l'intérêt de l'Académie. Il s'agit d'un fait d'auto-inoculation ou de pullulation vaccinale chez une petite fille de cinq mois, atteinte d'eczéma en voie de rétrogression, et à laquelle M. Guéniot avait pratiqué six piqûres de vaccin.

Pendant les trois premiers jours après la vaccination, les choses ne présentèrent rien de particulier ; mais le quatrième jour il se manifesta, sur les papules déjà parues au niveau de chaque piqûre, de larges vésicules, très développées, comme au sixième ou septième jour, et fournissant un liquide vaccinal très abondant.

Le septième jour, apparurent sur les épaules, les bras, la poitrine, une multitude de petites papules analogues à celles de l'éruption vaccinale au début, et qui, dès le lendemain, se transformèrent en autant de vésicules.

Appelé, le neuvième jour, auprès de la petite malade, M. Guéniot ne fut pas peu surpris à l'aspect de cette éruption vaccinale confluente, d'une abondance extrême, qu'il lui a été à peu près impossible de dénombrer exactement et qu'il n'évalue pas à moins de trois cents boutons environ, largement développés et offrant tous les caractères des pustules vaccinales. L'enfant lui parut être dans un état général assez grave ; elle avait de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie, refusait le sein, était en proie à des démangeaisons continuelles, et présentait une dépression des forces qui était de nature à inspirer de sérieuses inquiétudes.

M. Guéniot conseilla, comme traitement, quelques grammes de sirop de codéine pour procurer un peu de repos et de sommeil à l'enfant ; en même temps, quelques gouttes d'eau-de-vie mélangées avec le lait pour soutenir les forces, du sirop d'éther ; des applications de poudre d'amidon et de cataplasmes de fécule ; des onctions avec l'huile d'amandes douces, etc.

Heureusement, des le onzième jour, l'état de la petite malade commença à s'améliorer ; le quatorzième jour, la dessiccation des boutons était générale, et, le dix-septième, l'enfant entrait en convalescence.

Ce qui caractérise cette observation, c'est l'évolution extrêmement rapide de ces boutons, la sécrétion très abondante dont ils ont été le siège et leur pullulation extraordinaire.

La cause de ce phénomène a paru à M. Guéniot résider : 1° dans un état de réceptivité toute particulière de la part de l'enfant, et 2° dans la multiplication des voies d'absorption du virus vaccinal par les excoriations dont les parties affectées d'eczéma ont été le siège.

M. Guéniot se demande si, dans un cas semblable, chez un enfant atteint d'eczéma, il ne serait pas plus convenable de différer la vaccination, dans la crainte de provoquer une pareille pullulation. Il répond négativement, estimant qu'il est préférable d'exposer un enfant à ces accidents, qui en somme ne sont pas mortels, que de l'exposer au danger bien autrement grave de contracter la variole.

Toutefois il y aurait, en pareil cas, quelques précautions à prendre, comme, par exemple, de se borner à deux piqûres vaccinales au lieu de six, d'éloigner le siége des piqûres des parties affectées d'eczéma, de les faire de préférence aux jambes au lieu des bras; une seule piqûre à la partie externe de chaque jambe lui paraîtrait suffisante.

M. Blot : On a déjà posé en principe de ne pas pratiquer d'inoculations vaccinales chez des individus en puissance d'eczéma. Il est préférable de ne pas vacciner, à moins que l'enfant ne soit exposé à un foyer de variole.

M. Hervieux cite quelques faits analogues à celui de M. Guéniot, et d'où il résulte que l'eczéma prédispose aux éruptions vaccinales; quelquefois ces éruptions deviennent très graves. M. Hervieux pense cependant qu'il faut vacciner sans se laisser arrêter par l'eczéma, car l'éruption eczémateuse ne tue pas, tandis que la variole tue, et que de deux maux il faut choisir le moindre.

M. Marrotte croit qu'il n'y a pas là d'auto-inoculation, mais que cette éruption vaccinale vient de l'intérieur. Dans la variole, quand une région a été couverte d'un vésicatoire, l'éruption est beaucoup plus confluente dans cette région que dans les autres.

Il y a des cas, surtout quand l'eczéma siége à la face, où il est préférable de s'abstenir pour éviter des cicatrices désagréables.

M. Colin (d'Alfort) a pris en 1870 du vaccin de l'Académie pour vacciner quatre taureaux qui ont servi à vacciner toute l'Ecole d'Alfort, deux pensionnats voisins et toute la garnison. Sur un élève de vingt ans, deux ou trois jours après le développement des boutons, est survenue une éruption généralisée de vaccine.

M. Blot fait observer qu'il ne faut pas confondre l'auto-inoculation avec l'éruption vaccinale généralisée.

M. Guéniot constate que M. Hervieux partage son avis, tandis que M. Marrotte et M. Blot sont d'un avis opposé. Si la petite fille n'avait pas été vaccinée, elle eût été extraordinairement disposée à contracter la petite vérole, et, d'autre part, on ne sait pas quand l'eczéma aurait disparu.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en Comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Moreau, décédé.

La liste de présentation est ainsi établie : En première ligne, M. Mathias Duval; en deuxième ligne, M. Charles Richet; en troisième ligne, M. Laborde; en quatrième ligne, M. Farabeuf.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 2 février 1882.

M. de Mortillet présente le moulage d'un crâne appartenant à l'Académie des sciences de Lisbonne et propre à éclaircir la question du mode opératoire usité pour les *trépanations préhistoriques*.

On sait que l'existence de ces trépanations craniennes fut démontrée par Broca, grâce à d'importantes découvertes faites par M. Prunières. Notre illustre et regretté maître admit que ces trépanations avaient été faites au moyen d'un râclage par des lames de silex, et il réussit en effet très bien et très rapidement à trépaner plusieurs crânes frais de sujets disséqués dans son laboratoire.

Mais il était difficile d'expliquer comment les hommes des cavernes pouvaient obtenir par ce procédé des rondelles de crâne qu'ils conservaient soigneusement, sans doute à titre d'amulettes. Si la perte de substance était produite par râclage, la partie enlevée de la voûte cranienne ne pouvait pas subsister à l'état de rondelle.

M. de Mortillet émit alors l'opinion que les rondelles craniennes étaient obtenues en sciant l'os avec la pointe d'un silex par un mouvement de va et vient. Mais on s'expliquait mal qu'un tel procédé opératoire pût produire des trous à bords aussi obliques et aussi tranchants que ceux de beaucoup des rondelles craniennes conservées.

Broca, se basant sur l'examen des plaques osseuses et surtout sur la présence ou l'absence de traces d'une inflammation séparatrice sur les bords des parties trépanées, fit observer que, dans les trépanations préhistoriques, il fallait distinguer : 1o l'opération chirurgicale faite du vivant du sujet dans un but thérapeutique; 2o la fabrication de reliques ou d'amulettes qui n'avait lieu qu'après la mort.

Or le crâne présenté par M. de Mortillet présente une trépanation non achevée, qui laisse apercevoir facilement des traces de râclage et des traces de section par pointe de silex. On voit que le râclage était employé au début de l'opération afin que la table externe de l'os offrît moins de résistance à la pointe du silex au moyen duquel on achevait la section de la rondelle. Telle est, du moins, l'opinion de M. de Mortillet.

— M. John Beddoe (F. R. S.) fait une communication *sur la couleur des cheveux et des yeux dans la France du nord et dans la France du centre*. Le nombre total des individus examinés par cet auteur s'est élevé à 4,750. C'est en Normandie qu'il y a le moins de personnes à cheveux noirs. Le nombre en augmente dans la Champagne et dans le N.-E. de la Bretagne, dans le Berry et dans l'Ardèche. Il atteint son maximum dans l'Auvergne et la Haute-Loire. L'échelle chromatique des yeux ne concorde pas avec celle des cheveux noirs qui, d'après Bernard Davis et l'auteur, caractériseraient les Celtes insulaires soit Kymris, soit Galliques, et est moins commune en France que dans Iles Britanniques.

Séance du 16 mars 1882.

M. Jacques Bertillon revient sur la discussion à laquelle a donné lieu la communication de M. Manouvrier sur un point de l'étude du poids cérébral. (Voyez la Gazette médicale du 23 avril).
— M. Bertillon relève quelques assertions émises par M. Le Bon, relativement à la méthode des moyennes. Il restitue à ses véritables possesseurs, Broca et Bertillon père, le mérite d'avoir doté l'anthropologie d'une méthode féconde qui a été revendiquée d'abord injustement, puis dénaturée, dans un récent article de la Revue scientifique, par l'écrivain dont il s'agit.

M. Manouvrier explique ensuite en quoi pèche le procédé au moyen duquel M. Le Bon s'est efforcé de prouver l'exactitude de son assertion relativement à l'infériorité des filles quant au rapport du poids du cerveau au poids du corps. En comparant seulement les garçons et les filles présentant le même poids, on laisse forcément de côté les plus petites filles et les plus gros garçons, c'est-à-dire les filles qui présentent le poids cérébral relatif le plus élevé et les garçons qui présentent au contraire le poids cérébral relatif le moins élevé. On compare donc ainsi certains garçons à certaines filles non comparables entre eux, mais nullement le sexe masculin au sexe féminin.

En opérant suivant la méthode régulière, on constate, et c'est un fait désormais définitivement acquis à la science, que le rapport du poids du cerveau au poids du corps est plus élevé chez les filles que chez les garçons, de même que ce rapport est plus élevé chez les individus petits que chez les individus de grande taille dans l'un ou l'autre sexe, de même enfin que ce rapport est plus élevé en général dans les petites espèces que dans les grandes. La loi qui relie tous ces faits entre eux a été formulée et inter-

prêtée par M. Manouvrier dans une récente communication à l'Académie des sciences (1).

Un discussion s'engage ensuite entre MM. Lunier, Sanson, Foley, Coudereau, Pozzi et Manouvrier au sujet du terme le plus apte à représenter la masse active du corps dans sa comparaison avec la masse de l'encéphale. On a vu que M. Parrot avait fait choix du poids du cœur; M. Manouvrier a choisi de préférence un terme pris dans le squelette, et M. Lunier se range à cet avis. Enfin M. Pozzi croit préférable et possible de mesurer directement le poids des muscles au moins sur un certain nombre de sujets. Nous n'insisterons pas davantage aujourd'hui sur cette question, qui reviendra sans doute prochainement à l'ordre du jour.

CONGRÈS DE MÉDECINE DE WIESSBADEN

En Allemagne, le pays par excellence des congrès scientifiques et où toutes les spécialités médicales donnent matière à des réunions annuelles, il n'existait pas, jusque dans ces derniers temps, de congrès réservé aux questions qui sont du domaine général de la clinique et de la pathologie interne. Cette lacune vient d'être comblée, grâce à l'initiative prise par deux des représentants les plus distingués du corps médical de Berlin. par MM. Frerichs et Leyden. Du 20 au 25 avril dernier, le premier congrès de médecine s'est tenu à Wiessbaden, sous la présidence de M. Frerichs. Cent cinquante médecins environ y assistaient, parmi lesquels les cliniciens les plus connus d'outre-Rhin. Néanmoins on n'a pas fait à Wiesbaden plus de besogne utile qu'on n'a l'habitude d'en faire dans les réunions de ce genre. Il s'est passé ce que nous voyons se produire, un peu partout, dans nos congrès de médecine : les communications originales ont fait défaut ou à peu près, et beaucoup de ceux qui ont pris la parole se sont bornés à rééditer leurs opinions et les résultats bien connus de recherches antérieures sur des questions favorites qui ont sollicité leur attention d'une façon spéciale.

C'est ainsi que M. Koch est venu rappeler aux médecins réunis à Wiessbaden que pour lui la tuberculose est une maladie parasitaire et que le centre du tubercule est occupé, non par des cellules dégénérées, mais par des microbes, coccus et bâtonnets; toutes choses fort intéressantes en attendant qu'elles soient bien démontrées, mais sur lesquelles les journaux de médecine allemands nous avaient amplement renseignés dans le cours de ces dernières semaines.

C'est ainsi que M. Liebermeister, qui s'est acquis un renom mérité par ses recherches sur la fièvre et sur la thérapeutique rationnelle des affections fébriles, a pris la parole sur la médication antipyrétique sans rien nous apprendre de bien nouveau.

C'est ainsi encore que M. Leyden a profité de la circonstance pour reprendre l'exposé des idées qui ont cours sur les relations des diverses formes de néphrite et sur l'évolution de la maladie de Bright, et qui lui avait déja servi de thème à une conférence publique à Berlin. Ce faisant, il a fourni à M. Rosenstein l'occasion de répéter tout ce que cet observateur distingué avait dit sur le même sujet au congrès d'Amsterdam.

En fait d'autres communications, nous signalerons celle du professeur Rossbach (de Wurzbourg) sur *une forme spéciale de névrose vaso-motrice de la muqueuse du pharynx.* D'après Rossbach, l'application de compresses froides sur les téguments abdominaux préalablement réchauffés détermine une constriction immédiate des vaisseaux pharyngiens, qui se révèle par une pâleur très marquée de la muqueuse de l'arrière-gorge, suivie bientôt d'un relâchement des vaisseaux de cette région et d'un état catarrhal passager. Or chez des sujets hystériques, Rossbach a vu de semblables manifestations, caractérisées par une rougeur avec tuméfaction de l'arrière-gorge et catarrhe transitoire d'un quart d'heure de durée environ, se montrer à plusieurs reprises dans le courant d'une même journée.

M. Leube a fait part de ses recherches qui tendent à démontrer que *notre estomac a le pouvoir de transformer le sucre de canne en glycose*, aussi bien à l'état sain qu'à l'état de maladie. Seulement, le glycose qui prend naissance dans ces conditions est résorbé chez l'homme bien portant, mais non chez l'homme malade. La preuve des faits avancés par Leube serait fournie par l'examen du contenu de l'estomac, évacué à l'aide du pompage. A l'état de santé, ce contenu renferme des quantités manifestes de glycose une demi-heure après un repas, et n'en contient plus quelque temps après. A l'état de maladie, le sucre persiste.

M. Heuck (de Heidelberg) a rendu compte d'*un nouveau cas de résection du pylore* pour cause de carcinome de cette portion de l'estomac. Le lambeau d'estomac excisé mesurait 9 centim., 5 sur 5 centimètres. Le sujet est sorti de l'hôpital six semaines après l'opération, parfaitement guéri; à ce moment, il pesait 136 livres, tandis que son poids corporel n'était que de 94 livres à son entrée à l'hôpital. (Ce fait est à ajouter à ceux du même genre que nous avons réunis dans une récente revue) (1).

Le professeur Nothnagel (de Iena) a rendu compte d'expériences récentes qu'il a entreprises dans son laboratoire, sur des animaux, expériences qui démontrent que la constipation engendrée par l'administration de l'opium et de la morphine est due à une action de ces substances sur les nerfs d'arrêt de l'intestin, action comparable à celle que la digitale exerce sur le nerf vague et qui aboutit au ralentissement des contractions cardiaques.

M. Finckelburg (de Bonn) a rapporté un exemple fort curieux de *troubles psychiques développés sous l'influence de l'hypnotisme.* Le sujet de l'observation s'était prêté à une expérience publique, dans une séance donnée par un magnétiseur de profession. Il tomba dans un état extatique dont il fut très long à sortir. Depuis ce moment, sous l'influence de la moindre excitation psychique ou sensoriale, il est pris d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui le mettent en rapport avec les habitants du paradis. Pour Finckelburg, il s'agirait là d'une tétanisation d'un département plus ou moins circonscrit de l'appareil psychique (!)

M. Zuelzer a présenté des préparations de moelles provenant d'animaux qui avaient été exposés aux influences toxiques du chloroforme, de la morphine, de la strychine dans un but spécial. C'était pour démontrer que certains états pathologiques des centres nerveux se reflètent dans la composition des urines; celles-ci renferment un excès de phosphates et une disproportion spécifique de sels alcalins, quand la nutrition des centres nerveux est suractivée. Lorsque, au contraire, cette nutrition est ralentie, les phosphates sont en déficit. Antérieurement, d'autres observateurs avaient noté ce même fait.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par le docteur Briand, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers.

Le livre que M. le docteur Briand publie sous ce titre est le résumé d'une série de leçons faites à l'hôpital d'Angers pendant le semestre d'été de 1880 Sous forme de leçons cliniques, le professeur a fait à son jeune auditoire un véritable cours de pathologie élémentaire, mais en même temps clair, précis, méthodique et qui offre le mérite incontestable de présenter, sous une forme abrégée, un exposé assez complet de l'état actuel de la science sur les principales questions traitées. Il avait pris pour sujet les affections des voies digestives, et tont

(1) Voir comptes rendus 16 janvier 1882 et Gazette médicale, 28 janvier 1882.

(1) Voir Gazette médicale.

d'abord il consacre les premières leçons à l'étude des maladies de la bouche, des différentes variétés de stomatite. Dans un deuxième chapitre, il fait l'histoire des angines, passant rapidement sur les angines simples, catarrhales et purement inflammatoires pour s'arrêter ensuite de préférence à l'étude des angines de forme spéciale, comme l'angine *gangréneuse* et particulièrement l'angine diphtéritique. Cette dernière est l'objet d'une description détaillée et d'autant plus intéressante que l'auteur est placé là sur un terrain qui lui est familier et a pu apporter ainsi dans cette question l'autorité incontestable que donne une longue expérience. Au sujet de la nature de la diphtérie, il se montre disposé à partager l'opinion des cliniciens modernes, qui admettent l'hypothèse d'une maladie générale ou plutôt d'une véritable infection tenant sous sa dépendance les accidents locaux tels que l'angine, le coryza, le croup, accidents qui ne seraient ainsi que les déterminations multiples d'une cause générale toxique encore inconnue dans sa nature. On voit qu'il tend à se séparer de l'opinion de ceux qui, à l'exemple de M. Bouchut, regardent l'infection comme un phénomène secondaire, toujours consécutif à l'accident local, celui-ci étant le véritable point de départ de l'intoxication générale et jouant vis-à-vis de celle-ci le rôle qu'une plaie joue par rapport aux accidents de la septicémie et de l'infection purulente. Comment expliquer, en effet, avec cette dernière théorie, les cas si nombreux où les symptômes généraux semblent ouvrir la scène ou du moins la dominent à un point tel que l'accident local disparaît masqué par eux et passe presque inaperçu.

Après avoir parcouru ainsi rapidement l'histoire des angines, l'auteur consacre un chapitre à l'inflammation et aux sténoses de l'œsophage, puis il termine cette série de leçons en étudiant les principales affections de l'estomac et en première ligne la gastrite, cette maladie si exploitée au temps de Broussais, depuis tombée en discrédit et presque oubliée et qui semble pourtant constituer le fond commun de ces états mal définis qualifiés *dyspepsie*. Le cancer de l'estomac est l'objet de deux leçons très intéressantes. Les détails cliniques et anatomo-pathologiques dont elles sont pourvues étaient, du reste, justifiés par l'importance du sujet, car le cancer stomacal est certainement une des affections les plus intéressantes de la pathologie, non-seulement par sa fréquence et par les symptômes qui l'accompagnent, mais aussi par sa marche souvent *latente* et par les difficultés dont son diagnostic est entouré. L'ulcère de l'estomac forme l'objet du dernier chapitre qui clôt cette série de leçons rendues attrayantes par la clarté et la méthode dans l'exposition.

Dr P. MUSELIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène.

VI. L.-R. VIEIRA SOUTO. ORGANISATION DE L'HYGIÈNE ADMINISTRATIVE. (Rio-de-Janeiro, 1881, in 8o de 163 pages.)

M. L.-R. Vieira Souto, professeur de droit administratif à l'Ecole polytechnique de Rio-de-Janeiro, a eu son attention attirée sur les questions d'hygiène administrative à la suite de la nomination d'une commission d'ingénieurs brésiliens chargée de s'occuper des améliorations sanitaires à apporter à la ville de Rio-de-Janeiro. Il a résumé, dans un travail des plus intéressants, l'état de l'organisation de l'hygiène publique dans les divers Etats de l'Europe. Cet examen comparatif a conduit M. Vieira Souto à conseiller pour la ville de Rio de Janeiro un service hygiénique divisé en trois sections : 1o un service actif ou de vigilance ; 2o un service administratif confié au secrétaire général de la police ; 3 un service médical composé de spécialistes qui seront chargés par circonscription de l'examen des femmes publiques.

VII. Dans le DEUTSCHE VIERTELJAHRSSCHRIFT FÜR OFFENTLICHE GESUNDHEITSPFLEGE (nº de janvier 1882), on trouvera un compte rendu très complet et très intéressant du Congrès des hygiénistes allemands, tenu à Vienne du 14 au 16 septembre dernier.

VIII. Dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE D'HYGIÈNE, nous conseillerons aux hygiénistes la lecture des travaux suivants :

1º L'étude du docteur C. Zucchi sur l'administration sanitaire de l'Espagne;

2o Le mémoire de M. G. Sormani sur la mortalité des enfants en Italie ;

Le travail de M. G. Pini sur les eaux potables à Milan ;

4o La note de M. L. Pagliani (de Turin) sur un nouveau banc destiné aux asiles d'enfants.

IX. Le SANITARY RECORD de novembre 1881 a publié un mémoire très intéressant de M. J.-W. Tripe sur les « Conditions sanitaires de Londres au moyen âge et dans les temps modernes ».

X. Dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE PUBLIQUE DE BELGIQUE (2e année, 5e et 6e fascicules), on trouvera une intéressante discussion sur les moyens de combattre la syphilis et sur les mesures à prendre pour en empêcher la propagation.

XI. H. NAPIAS. — NOTE SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE PUBLIQUE. (REVUE D'HYGIÈNE de juin 1881.)

M. Napias fait observer que « les architectes qui construisent nos maisons, nos écoles, nos théâtres, nos hôpitaux ; les officiers du génie qui aménagent nos casernes ; les ingénieurs qui dirigent et surveillent les exploitations minières, les grandes usines, les manufactures où deux ou trois mille ouvriers sont exposés aux inconvénients multiples de l'encombrement et du travail, sont condamnés, *par le programme même de leurs études préparatoires*, à n'avoir aucune notion d'hygiène. » Par cette communication, le docteur Napias a voulu attirer l'attention des autorités compétentes sur cet état de choses anormal.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — La GAZETTE MÉDICALE vient de faire une perte douloureuse en la personne de son vieux metteur en pages, M. Schmidt, bien connu et non moins estimé de tous les collaborateurs qui, depuis quarante ans, ont fréquenté l'imprimerie du journal. Il a succombé, à l'âge de soixante-quatorze ans, à une broncho-pneumonie contractée dans l'exercice même de ses fonctions. On lui a rendu, dimanche dernier, au milieu d'une grande affluence d'amis, les devoirs suprêmes. Le rédacteur en chef de la GAZETTE, interprète du regret de la rédaction tout entière, a prononcé sur le bord de sa tombe l'allocution suivante :

« Messieurs,

« La vie de l'homme modeste que nous accompagnons à sa dernière demeure peut servir d'exemple à tous, aux plus grands comme aux plus petits, car elle se résume en trois mots : travail, probité, dévouement.

« Il y a près de quarante ans que Schmidt était metteur en pages de la GAZETTE MÉDICALE. Il s'était en quelque sorte identifié à cette tâche ; elle constituait la préoccupation principale et comme le but de son existence. Les intérêts du journal lui tenaient plus à cœur que ses intérêts propres. Il le considérait un peu comme sa

chose à lui, et, de fait, il ne lui apportait pas seulement un concours matériel : il participait en réalité à sa direction. Intelligent, instruit, doué d'un sens droit, il jugeait sainement les hommes, la valeur de leurs productions scientifiques, et plus d'une fois le rédacteur en chef s'est bien trouvé de s'inspirer de ses appréciations. Quand il s'agissait de régler l'économie d'un numéro, il présentait un programme qui était rarement modifié. Fidèle à la tradition, il la défendait au besoin, mais il approuvait de suite tout projet de réforme qui lui paraissait utile : c'était un homme de bon conseil.

« Durant les jours difficiles, — il s'en rencontre partout, — le dévouement de Schmidt redoublait. Pendant le siège de Paris, l'imprimeur est obligé de suspendre ses travaux, et la GAZETTE MÉDICALE est menacée de subir le sort de presque tous les journaux scientifiques et d'interrompre sa publication. Schmidt ne peut se résoudre à licencier son équipe. Avec l'autorisation du patron, fort de notre appui et des sacrifices qu'il est prêt à s'imposer, il continue l'impression du journal et suffit à tout. En vain les obus tombent sur l'imprimerie et détruisent les formes : il reste à son poste, les dégâts sont vite réparés, et la GAZETTE MÉDICALE paraît tous les samedis, un peu réduite comme nombre de pages, mais grandie par l'intérêt palpitant des travaux qu'elle publie.

« Schmidt savait, messieurs, que, s'il était entièrement dévoué à la GAZETTE, il pouvait à son tour compter sur les sentiments de la rédaction du journal. Entre elle et lui s'étaient noués des liens d'affectueuse estime que chaque jour resserrait davantage, et que la mort seule pouvait rompre. Pour moi personnellement, je perds en lui un ami. Durant les longues années qu'il est resté attaché au journal, il a vu passer devant lui plusieurs générations de collaborateurs : il n'en est aucun qui n'ait gardé de lui le meilleur souvenir. Aussi son nom était-il connu, était-il même populaire, non seulement dans la presse, mais dans notre monde scientifique. Pour ceux qui l'ont connu, on peut dire qu'il faisait partie de notre famille médicale, et c'est au nom de cette famille, comme au nom de la rédaction de la GAZETTE, que je lui adresse ici un suprême adieu.

« Et vous, messieurs, ses compagnons de travail, vous tous qui l'avez connu, tous aussi vous avez estimé et aimé ce camarade bon, loyal, obligeant, ouvert à tous les sentiments honnêtes, à toutes les idées de progrès. Je n'en veux pour preuve que votre empressement à donner à sa veuve un témoignage sensible de votre sympathie, touchant exemple de cet esprit de solidarité qui vous anime et vous aide si puissamment à lutter contre le malheur. Permettez-moi de confondre intimement vos regrets et les nôtres.

« Une pensée consolante doit venir adoucir l'amertume de ces regrets. Pour nous tous, travailleurs, ce qui est plus triste et plus redoutable que de mourir, c'est, par suite de la vieillesse ou des infirmités, d'assister, impuissants et à charge aux autres, à notre propre déchéance. Une semblable épreuve a été épargnée à notre ami. Comme le soldat qui tombe sur le champ de bataille, il a été frappé en pleine activité, en plein labeur, et son grand âge n'est intervenu que pour le disputer et l'arracher à nos efforts et à nos soins dévoués. On peut dire qu'il est mort comme il a vécu.

« Et maintenant, messieurs, disons un dernier adieu à sa dépouille mortelle, mais que son souvenir reste vivant dans nos cœurs. »

Schmidt comptait autant d'amis que de camarades. L'un d'eux, et des plus anciens, M. Louis Loire, a pris la parole au nom de tous et s'est exprimé ainsi :

« Un mot d'adieu à ce loyal confrère

« Je n'ai pas à faire l'éloge de Schmidt ; tous ceux qui l'ont connu savent que c'était l'homme serviable entre tous.

« Sa position de metteur en pages de la GAZETTE MÉDICALE, emploi qu'il occupait depuis près de quarante ans, l'avait mis en rapport avec toutes les sommités du corps médical, qui l'estimaient et l'appréciaient beaucoup ; aussi profitait il de cet ascendant pour être utile à ceux de ses confrères typographes frappés de quelque grave affection.

« Dans l'atelier, nous l'avions surnommé *le Docteur*, non-seulement parce que son long stage dans un journal médical lui avait fait acquérir beaucoup de connaissances utiles, mais encore parce qu'il était souverainement docte par son urbanité, son esprit doux, conciliant, bienveillant, et surtout son désir incessant d'être agréable à tous ceux qui avaient besoin de lui.

« Il y a quelques jours, nous causions du passé, des souvenirs qui remontaient à un demi siècle ; je ne pensais pas que bientôt je lui adresserais cet adieu suprême.

« Noble et loyal ami, repose en paix ; le souvenir de tes excellentes qualités est la seule consolation que nous puissions apporter à la douleur de t'avoir perdu.

« Adieu, Schmidt, adieu. »

— Samedi dernier ont eu lieu au temple de à l'Oratoire les obsèques d'un jeune confrère dont le nom est cher au corps médical. Edouard Labarraque a succombé, à l'âge de 36 ans, à une cruelle maladie qui le tenait depuis environ deux ans éloigné de sa clientèle et de ses amis. Ancien interne des hôpitaux, porteur d'un nom qui le désignait à l'estime de ses confrères et à la confiance des malades, aimant d'ailleurs le travail, Edouard Labarraque avait en perspective un avenir facile et heureux. Il est mort presque au début de la lutte, pour laquelle il était si bien armé. Nous joignons ici tous nos regrets à ceux, si nombreux et si sympathiques, qui ont été exprimés samedi dernier à son père, notre excellent confrère, le docteur Henri Labarraque.

***

LETTRE DE MM. LES AGRÉGÉS A M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — DROIT DE SUPPLÉANCE DANS L'ENSEIGNEMENT.

« A M. le ministre de l'instruction publique.

« Monsieur le ministre,

« Les agrégés de la Faculté de médecine de Lyon ont eu l'honneur de vous adresser une requête par laquelle ils revendiquaient le droit attaché à leurs fonctions de suppléer dans leur enseignement les professeurs absents ou empêchés. Cette requête était motivée par une mesure récente d'autant plus imprévue qu'elle était contraire à toutes les traditions, et d'autant plus grave qu'elle portait atteinte à un principe essentiel, celui en vertu duquel les suppléances appartiennent aux agrégés.

« C'est ce rôle de suppléants qui leur fournit, en effet, l'occasion d'affirmer leur aptitude pour le professorat, et c'est parce que l'agrégation donne ainsi accès dans l'enseignement des Facultés, qu'elle suscite l'ambition des candidats qui, pour y arriver, ne craignent pas d'affronter les épreuves d'un concours long et difficile. Or, quelle serait la signification de ce concours, s'il ne devait avoir précisément ce résultat pour les élus ?

« Persuadés qu'il s'agit là d'une question capitale pour le corps dont ils font partie, les agrégés des diverses Facultés de France s'associent à leurs collègues de la Faculté de Lyon, pour faire appel, Monsieur le ministre, à votre esprit de justice, avec la confiance qu'ils ne vous adresseront pas en vain leurs légitimes revendications.

« Dans cet espoir, ils vous prient d'agréer, Monsieur le ministre, l'assurance de leur profond respect.

« Lyon, 17 mars 1882.

« Ont signé :

« Pour les agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon :

« *Le président :* PONCET ; *le vice-président :* J. TEISSIER ; *le secrétaire :* DUCHAMP.

« Pour les agrégés de la Faculté de médecine de Paris :

« *Le président :* DIEULAFOY ; *le secrétaire :* CH. RICHET.

« Pour les agrégés de la Faculté de Montpellier :

« *Le président :* JACQUEMET ; *le vice-président :* HAMELIN ; « *le secrétaire :* A. MOSSÉ.

« Pour la Société des agrégés nommés au concours de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

« *Le président :* ARNOZAN ; *le secrétaire :* A. BOURSIER.

« Pour la Société des agrégés nommés au concours de la Faculté de médecine et de pharmacie de Nancy :

« SPILLMANN, SCHLAGDENHAUFFEN, GARNIER. »

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'Association des médecins de la Seine a tenu le 23 avril dernier son assemblée annuelle, sous la présidence de M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté. En l'absence de M. Orfila, indisposé, M. H. Barth, secrétaire général adjoint, a présenté le compte rendu pour l'année 1881 et a donné sur la marche et les progrès de l'œuvre les détails les plus satisfaisants. L'Association a reçu l'année dernière un legs de 10,000 francs de M. le docteur Duparcque, et un grand nombre de dons parmi lesquels nous remarquons ceux de MM. Laloy, 800 fr.; G. Joulin, 500 fr.; Besnier, 100 fr.; Lannelongne, 300 francs; Rotureau, 500 fr.; Mlle Piédagnel, 1,000 fr.; la Société médicale du IX° arrondissement, 100 fr.; la Société médicale du VIII° arrondissement, 400 fr.

Le total des dons et legs s'est élevé à plus de 15,000 fr., qui ont servi à grossir le capital de l'Association; ce capital dépasse aujourd'hui 800,000 francs. Le nombre des sociétaires est de 760.

Malgré la modicité de la cotisation annuelle fixée à 20 francs, l'Association, grâce au revenu de son patrimoine, est en état de répondre à toutes les demandes, et de soulager efficacement tous ceux de ses membres qui en ont besoin. L'année dernière 32,000 fr. environ ont été distribués en secours; une pension viagère de 1,200 fr. a été assignée à un sociétaire âgé et infirme.

M. Barth a terminé son compte rendu par un chaleureux appel à tous les médecins du département de la Seine qui n'appartiennent pas encore à l'Association.

A ceux qui objecteraient qu'ils font partie de l'Association générale, on peut répondre que le cumul n'est pas interdit, bien au contraire.

L'Association a réélu, à l'unanimité des votants, les membres sortants du bureau, savoir : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. N. Gueneau de Mussy et Richet; trésorier, M. Genouville.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82

83. M. Molliet. De l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone. — 84. M. Gromolard. Contribution à l'étude des formes prolongées de la fièvre typhoïde. — 85. M. Audigé. Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine chronique. — 86. M. Marick. Expériences avec le cranioclaste de Karl Braun (de Vienne) dans les bassins très rétrécis et proposition d'un nouveau procédé d'extraction du fœtus avec le même instrument. — 87. M. Pénat. Contribution à l'étude du phlegmon diffus de la paroi thoracique.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 25 mai 1882.

LA NOUVELLE CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES.

On fait beaucoup, depuis quelques années, pour le développement de l'enseignement à tous les degrés : l'Etat, les municipalités, les grandes administrations, l'initiative privée, rivalisent de zèle et de sacrifices, sacrifices bien compris, car c'est surtout en élevant le niveau de l'instruction dans un pays qu'on travaille efficacement à assurer son bien-être et à accroître son influence dans les relations internationales.

L'enseignement de la médecine a participé assez largement au mouvement général que nous signalons. Non seulement on a créé de nouvelles Facultés, doté les Facultés anciennes de chaires nouvelles, mais encore on a mis, dans la mesure du possible, à la disposition de chaque professeur, l'outillage et les matériaux nécessaires pour compléter l'enseignement théorique et pratique des élèves. Sans doute tout n'est pas dit encore, et il y a bien des progrès à faire; mais il serait injuste de ne pas reconnaître ceux qui ont été déjà réalisés. La critique, pour demeurer impartiale, ne doit pas borner son rôle à condamner les abus et à signaler les réformes utiles; elle a aussi le devoir d'applaudir à celles de ces réformes qui sont effectuées.

Pour donner une idée des progrès dont nous parlons, il ne nous a pas paru sans intérêt de comparer l'organisation de l'enseignement clinique d'il y a vingt ou vingt-cinq ans avec celle de l'enseignement clinique d'aujourd'hui; et nous prendrons pour termes de comparaison, si l'on veut bien, l'ancienne chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, et celle qui vient d'être créée à la Salpêtrière pour les maladies du système nerveux. Il y a à distinguer, pour chacune de ces chaires, le personnel, le sujet ou la matière de l'enseignement, l'outillage et le matériel.

En 1858 nous avions l'avantage d'être stagiaire chez Trousseau. L'éminent clinicien était à l'apogée de son talent et de sa renommée; médecins et élèves venus de tous les coins de la France, de toutes les parties du monde, se pressaient autour de lui et dans l'amphithéâtre pour entendre ses belles leçons, modèles du genre, que ses chefs de clinique nous ont conservées. Son enseignement était certainement alors la plus haute expression de celui que dispensait la Faculté de médecine de Paris. Or quels moyens, quels matériaux, quelles ressources mettait-elle à la disposition du maître?

Comme personnel, le service de Trousseau comprenait un chef de clinique, trois externes et quelques stagiaires.

Les malades constituent, à proprement parler, le sujet ou la matière de l'enseignement clinique. Ils occupaient, dans le service de Trousseau, deux salles. La salle des hommes (salle Sainte-Agnès) comptait une trentaine de lits; celle des femmes (salle Saint-Bernard), en contenait à peu près le même nombre et avait pour annexe une chambre d'une douzaine de lits réservés aux mères nourrices avec leurs nourrissons. La consultation externe fournissait un mince appoint à l'enseignement. On ne revoyait plus les personnes atteintes d'affections légères, et celles qui étaient plus sérieusement frappées entraient à l'hôpital.

La salle d'autopsie est, au point de vue de l'enseignement, le complément de la salle d'hôpital. C'est là que, dans les cas où la thérapeutique s'est trouvée impuissante, le diagnostic est infirmé ou confirmé, là que l'observation clinique du malade se contrôle et s'achève. Nous n'avons pas besoin de rappeler, à ceux qui l'ont connue, la salle d'autopsie de l'ancien Hôtel-Dieu, et nous n'entreprendrons pas ici de la décrire. Il fallait un ardent amour de la médecine pour s'y adonner à des recherches anatomo-pathologiques suivies. En tout cas la masse des élèves ne pouvait y suivre le professeur, et quand il y avait une pièce intéressante à montrer, on la faisait circuler à l'amphithéâtre, pendant la leçon, dans un plat ou un bassin, étalée sur une tablette de bois ou de liége.

A cette époque, les applications à la clinique de la chimie et du microscope ne faisaient que commencer; il n'était pas encore question, en France du moins, de laboratoires de clinique. Trousseau lui-même n'en aurait peut-être pas admis sans discussion l'utilité. Cependant il était le premier à reconnaître l'insuffisance des moyens dont il disposait pour l'instruction clinique des élèves, et il appelait à son aide l'enseignement privé. « Je sais, dit-il dans l'introduction de ses leçons cliniques, combien laisse à désirer l'enseignement clinique dans la Faculté de médecine de Paris; je sais que les jeunes gens ne sont pas assez exercés à l'examen des malades; mais ce qui manque dans l'enseignement officiel, vous le trouverez dans l'enseignement privé, et la plupart des jeunes médecins et des jeunes chirurgiens de nos hôpitaux, ceux des agrégés de notre Faculté qui, presque tous, ont un service nosocomial gagné au concours, s'empressent de diriger la jeunesse dans l'étude si difficile des maladies, et l'on doit dire qu'il n'est pas de ville au monde où cet enseignement officieux soit donné avec plus de zèle et plus de libéralité. »

Il en est aujourd'hui comme au temps où Trousseau écrivait ces lignes : l'enseignement libre des hôpitaux rend les plus éminents services, mais la Faculté n'a pas le droit de compter

sur le concours de cet enseignement et elle a le devoir de suffire à celui qui lui incombe. De là les réformes, les améliorations introduites dans le personnel et le matériel des chaires de clinique.

Le personnel de la nouvelle chaire de la Salpêtrière comprend officiellement, outre le professeur, un aide de clinique, un chef de laboratoire, un chef des travaux anatomiques, un interne, huit externes. Sont attachés à la même chaire, en dehors de la Faculté, à titre administratif (Assistance publique), ou à titre officieux, un chimiste, un ophthalmologiste, un électro-térapeute.

Au service des malades incurables fourni par l'hospice est annexé un service hospitalier comprenant une salle de quarante lits pour les femmes et de vingt lits pour les hommes, où les malades sont admis et traités temporairement. Il existe en outre une consultation externe, où les malades qui ne veulent pas être hospitalisés reçoivent les soins médicaux et les préparations pharmaceutiques qui leur sont prescrites, ce qui permet de suivre les affections dont ils sont atteints à toutes les phases de leur évolution. On voit combien les sujets, c'est-à-dire les matériaux de l'enseignement, sont variés et nombreux.

Une richesse non moins grande de ressources se rencontre dans le matériel ou l'outillage. A côté des salles, en effet, se trouvent le cabinet du professeur, un laboratoire d'anatomie et de physiologie, un laboratoire de chimie, un cabinet d'ophthalmologie, un service d'électro-thérapie, un atelier de photographie, un atelier de moulage, un musée anatomo-pathologique. Enfin, l'amphithéâtre est disposé de manière à mettre à profit les démonstrations par les projections au moyen de la lumière électrique. Ce n'est plus dans un vulgaire plat ou sur un tableau en bois qu'on met sous les yeux des élèves les organes atteints de lésions microscopiques qu'ils ne distinguent même pas toujours : les lésions microscopiques les plus ténues, grossies et projetées sur un écran, apparaissent nettes, précises et se gravent facilement dans l'esprit.

Avec un personnel et un matériel insuffisants, Trousseau, par son immense talent, a élevé le niveau de son enseignement clinique à une hauteur qui n'a pas été dépassée. On ne saurait oublier non plus que M. Charcot, de son initiative propre, a créé de toutes pièces à la Salpêtrière l'enseignement clinique qui a eu déjà tant d'éclat. Le caractère officiel donné à cet enseignement et les puissantes ressources dont on l'a doté ne sauraient laisser aucun doute sur l'importance des nouveaux services qu'il est appelé à rendre aux futurs praticiens et à la science.

D[r] F. DE RANSE.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS

III

Leçon de M. JULES SIMON, recueillie par M. VARÈLE et revue par le professeur.

Suite et fin. — Voir les numéros 7, 8, 19 et 20.

16o *Diarrhée syphilitique.* — Il existe parfois, chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, un état diarrhéique entretenu par une hypersécrétion et une hyperfluxion du foie et caractérisé par des selles vertes et abondantes.

Chez ces petits êtres, le lait, leur seule nourriture encore, est mal digéré, et le dépérissement est assez rapide. Chez eux, il ne faut pas s'arrêter aux apparences de contradiction du traitement spécifique de la syphilis avec la diarrhée. Il faut, au contraire, aller droit à la liqueur de Van Swiéten et aux frictions hydrargyriques, malgré la diarrhée. Bien que cette liqueur ait une action purgative, vous devrez néanmoins tenter de la donner, car, par sa spécificité, le médicament agira le plus souvent et sur l'affection générale et sur l'hypersécrétion de l'organe hépatique. Il diminuera ainsi, si même il ne les arrête pas tout à fait, les phénomènes diarrhéiques.

Cependant, si malgré la médication spécifique, la diarrhée continue, suspendez-en l'emploi pendant un jour ou deux, et donnez dans l'intervalle un peu de laudanum et de sous-nitrate de bismuth, pour revenir ensuite à la liqueur de Van Swiéten et aux frictions mercurielles.

17o *Diarrhée diphtéritique et diarrhée gangréneuse.* — Les diphtéritiques sont malheureusement aussi sujets à la diarrhée; mais chez eux le traitement est particulier. En effet, autant je vous ai vanté les bons effets de l'opium dans l'entérite, autant je m'en interdis l'emploi dans la diphtérie et la gangrène, où il enlèverait l'enfant plus vite que la maladie elle-même, le tuant plus sûrement encore. J'ai vu le fait se produire plusieurs fois.

Chez ces enfants donnez, au contraire, l'alcool à haute dose; donnez le bismuth, la craie, le café noir; donnez du vin de Champagne, donnez toutes substances excitantes et capables de relever et soutenir les forces de l'enfant.

Agissez aussi de la même façon chez les enfants atteints de gangrène de la bouche ou de la vulve.

18o *Diarrhée herpétique.* — On rencontre aussi quelquefois chez des enfants une diarrhée que l'on pourrait appeler herpétique, par ce fait qu'elle survient chez de petits êtres atteints d'eczéma, de psoriasis, de dartres, etc., et en raison même de leur affection cutanée.

En pareilles circonstances, vous devez avoir recours aussi à une médication spéciale, en faisant appel à certains médicaments, et en en rejetant d'autres, au contraire, dont vous vous trouviez bien dans certaines entérites.

Ainsi l'opium, ayant de la tendance à congestionner la peau et à provoquer des démangeaisons, à faciliter la transpiration et diminuer la sécrétion rénale, est absolument contre-indiqué chez les herpétiques, à moins d'accidents majeurs, d'autant plus que chez eux déjà la peau est fluxionnée, démangeante, sécrétante, et que la sécrétion urinaire est diminuée déjà plus ou moins notablement. Si donc je prescrivais, en pareils cas, l'opium, peut-être arrêterais-je la diarrhée, mais, en tout cas, je serais certain de favoriser le développement des phénomènes herpétiques.

Il faut donc faire une volte-face complète; il faut choisir l'alimentation, donner des lavements de bismuth, recourir à la craie et au phosphate de chaux, aux préparations sulfureuses et arsenicales à l'extérieur, aux eaux minérales sulfureuses et sodiques à l'intérieur. Il faut de l'alimentation rejeter poissons, coquilles, épices, pain tendre, graisses et légumes difficiles à digérer, tels par exemple que les choux, etc. Il faut, tous les deux ou trois jours, prescrire un petit purgatif salin, l'eau de Friedrichshall, ou bien la magnésie et la rhubarbe, ou

l'ean d'Hunyadi-Janos, ainsi que quelques bains sulfurenx ou alcalins pendant l'hiver. Enfin à cette médication vons ajouterez en boissons les eaux de Vals (sonrce Pauline on sonrce Saint-Jean).

Puis l'été, vous enverrez, si possible, votre petit malade à la Bourboule, à Uriage ou à des eaux chaudes comme Bourbonne-les-Bains.

En résumé, dans les diarrhées qui compliquent l'état herpétique, ce n'est pas à l'accident lui-même que le traitement doit surtout s'adresser, mais bien à la maladie générale.

19o *Diarrhée rhumatismale.* — Il en est de même pour la diarrhée que l'on observe parfois chez l'enfant rhumatisant ; c'est l'état général qu'il faut traiter.

Pour tout enfant atteint de douleurs articulaires, de douleurs dans les gaines synoviales ou d'arthrite sous-occipitale, — l'une des plus fréquentes chez l'enfant, — c'est la diathèse rhumatismale que vous devez combattre. Si l'enfant devient dyspeptique, qu'il soit sujet à des accidents diarrhéiques, l'opium ici vous est permis, joint au traitement anti-rhumatismal, aux eaux de Luchon ou d'Aix-en-Savoie.

Enfin, je ne citerai que pour mémoire, et sans vouloir autrement m'y arrêter, les diarrhées albumineuses et urémiques.

J'en ai donc fini maintenant de l'étude de la diarrhée, étude dans laquelle nous avons cherché à passer en revue toutes les causes susceptibles de la déterminer, toutes les formes qu'elle pouvait revêtir, et le traitement, la médication la mieux appropriée à chacune d'elles, en ayant soin de tenir grand compte des indications et des contre-indications qui nous étaient fournies soit par l'étiologie, soit par l'état général, soit enfin par la diathèse des sujets.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les abcès épiphysaires

Leçon de M. le professeur Dubrueil, à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier.

Messieurs,

Dans une de nos précédentes conférences, je vous ai parlé d'un malade atteint d'un abcès épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia, sur lequel j'ai pratiqué la trépanation et le drainage, et que je vous avais dit devoir guérir par ce moyen, en conservant son membre (1).

Malheureusement, vous le savez, mon pronostic ne s'est pas réalisé. A l'amélioration prononcée qui avait suivi l'opération a succédé nne aggravation. Au bout de huit jours la température s'est élevée ; elle est montée et restée à 39o, le pouls est devenu plus fréquent. Le malade n'avait plus d'appétit ; la suppuration exhalait une odeur fétide, comme avant l'opération.

Ces signes m'ont paru indiquer un commencement de septicémie, due à ce que le pus n'était qu'incomplètement évacué. En dépit de mes prévisions, la trépanation, le drainage, le lavage à l'eucalyptol étaient insuffisants, et sons peine de voir le malade s'éteindre peu à peu sous l'infinence de la septicémie on succomber rapidement à la pyohémie, il fallait amputer.

Je viens de vous dire que le malade me paraissait n'avoir encore que de la septicémie, et, pour cela, je me fondais sur l'absence de frissons et surtout sur l'état de la température. Le thermomètre placé dans l'aisselle marquait d'une façon à peu près constante 39o, à un ou deux dixièmes près en plus on en moins. Or, cette température n'arrivant pas à un degré très élevé et se maintenant quasi-fixe, indique l'infection putride et non l'infection purulente dans laquelle la chaleur monte très haut par moment, pour descendre ensuite presque à l'état normal.

Les circonstances étaient en somme favorables au point de vue du résultat de l'amputation. C'était un de ces cas dans lesquels le malade épuisé, empoisonné lentement par un foyer de suppuration, semble renaître à la vie lorsque ce foyer est enlevé.

L'opération fut proposée au patient, qui l'accepta sans hésiter.

J'ai donc amputé la cuisse, et j'ai dû remonter assez haut pour n'avoir que des téguments sains. J'ai fait l'amputation à deux lambeaux : l'un en avant, l'autre en arrière, en taillant le lambeau antérieur un peu plus long que le postérieur, pour qu'il vienne recouvrir la surface de la section de l'os.

Aujourd'hui que la méthode antiseptique nous permet d'obtenir, après les amputations, une réunion presque immédiate, je me sers généralement de la méthode à lambeaux, qui me paraît se prêter mieux que toute autre à cette réunion. Comme je le fais toujours, j'ai opéré en me conformant aux préceptes de la méthode antiseptique ; mais ce n'est plus à l'acide phénique que j'ai eu recours, c'est à l'eucalyptol ou essence d'eucalyptus globulus en suspension dans l'eau dans la proportion de 1 0/0. L'eucalyptol ne se dissout pas dans l'eau et surnage sous forme de gouttelettes ; aussi faut-il avoir soin, lorsqu'on veut se servir du mélange, d'agiter fortement.

L'essence d'eucalyptus, qui jouit de propriétés antiseptiques aussi puissantes que celles de l'acide phénique, a sur cet agent l'immense avantage de n'être pas toxique. Elle en a encore un autre moins important, il est vrai, mais qui n'est cependant pas à dédaigner, c'est d'avoir une odeur agréable, tandis que l'odeur si tenace de l'acide phénique est loin, vous le savez, de pouvoir être rangée au nombre des parfums.

A l'époque où j'ai pratiqué l'amputation, je ne connaissais pas le moyen de dissoudre l'eucalyptol dans l'eau, et il m'était alors impossible de m'en servir pour la pulvérisation, que je remplaçai par des lavages. On avait, pour cela, suspendu à un mètre et demi au-dessus du lit d'opérations, un récipient conique renversé, sur le sommet duquel était adapté un tube en caoutchouc terminé par un robinet destiné à laisser écouler le liquide.

Aujourd'hni un élève de notre Faculté, qui fait sa thèse sur les propriétés et les usages de l'eucalyptol, M. Girou, est arrivé à rendre cette essence soluble dans l'eau par l'addition d'une certaine quantité d'alcool.

Voici la formnle qu'il emploie :

Eucalyptol......	10	grammes.
Alcool à 90o....	60	—
Eau............	1000	—

Grâce à ce procédé, nous pouvons maintenant employer l'eucalyptol en pulvérisations.

(1) Voir Gazette médicale, année 1881, p. 735, 763.

Bref, l'amputation faite, tout s'est passé pour le mieux. La température est descendue au-dessous de 38o, sauf pendant vingt-quatre heures, au bout de huit jours après l'opération, et cette élévation a été déterminée par la formation d'un petit abcès développé au niveau du lambeau postérieur. A cela près, la réunion a été presque immédiate, la suppuration presque nulle. L'abcès en question une fois drainé, la température est retombée à 37° et quelques dixièmes. L'appétit et les forces n'ont pas tardé à revenir; le malade a pris de l'embopoint, et aujourd'hui, dix-neuf jours après l'opération, il est complètement guéri.

Voici le tibia. Vous pouvez voir que les cavités glénoïdes sont plus creuses que d'habitude, ce qui est dû, sans doute, à l'obstacle apporté par la pression des condyles fémoraux à l'expansion de bas en haut de l'extrémité supérieure du tibia.

J'ai divisé transversalement cette extrémité supérieure par un trait de scie horizontal, en ayant soin de ne pas intéresser les trous pratiqués par la couronne du trépan, et j'ai ainsi découvert les cavités multiples que vous avez sous les yeux.

Vous pouvez constater que l'épiphyse est divisée par deux cloisons verticales en trois grandes cavités à peu près ovoïdes, à grand diamètre vertical, une en avant et une de chaque côté. Les cavités ont à peu près le volume d'un œuf de poule; les cavités latérales sont cependant un peu plus grandes; elles sont toutes légèrement anfractueuses. Il est évident qu'elles étaient originairement complètement isolées avant que les épaisses cloisons osseuses qui les séparaient eussent été traversées par la gouge. L'antérieure était seule ouverte avant la trépanation. Voici les orifices que j'ai percés sur ces cloisons avec la gouge et par lesquels j'ai fait passer les drains.

En somme, vu la disposition de ces abcès, il était à peu près impossible de les nettoyer et de les vider d'une façon satisfaisante.

Aujourd'hui que nous avons la pièce sous les yeux, je puis constater combien il était oiseux d'espérer que l'os subisse un mouvement de retrait suffisant pour amener la guérison.

Mais ce n'est pas tout encore; la section de la couche compacte de la paroi antérieure de l'épiphyse permet de voir que dans l'épaisseur de cette couche il existe trois petits abcès isolés et sans communication avec les cavités purulentes précitées. Ces abcès, qui contenaient un pus épais et dont la paroi était tapissée par une membrane dont je n'ai pas encore fait l'analyse histologique, sont d'inégale capacité. Le plus grand est un peu plus gros qu'une noisette; le plus petit a à peu près le volume d'un haricot. L'existence de ces trois abcès était une raison de plus pour amputer.

Et maintenant, messieurs, je dois avouer que, bien qu'ignorant forcément l'existence de ces trois petites cavités intrapariétales, bien que ne pouvant deviner qu'il y avait trois grands abcès et non pas un seul, j'aurais dû amputer et non pas trépaner, cela en raison du volume énorme qu'avait acquis l'épiphyse. Tout bien pesé, il était impossible qu'avec une pareille tuméfaction cet os revînt assez sur lui-même pour que la cavité se tarît et que le membre reprît ses fonctions. Quoique l'issue ait été heureuse, je tiens à constater que j'ai commis une erreur de pronostic, car j'estime qu'en chirurgie, faire connaître ses insuccès, ses revers, ses fautes, c'est servir à la fois la science et l'humanité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX BELGES

I. Contribution a l'étude du tic de Salaam, par le docteur E. Tordeus (de Bruxelles).

Sous les noms de *spasme clonique de l'accessoire de Willis*, de *tic de Salaam*, de *spasmus nutans*, un petit nombre d'auteurs anglais ou allemands ont décrit une affection convulsive propre à la première enfance, et qui, dans certains cas paraît constituer une espèce nosologique distincte. Sur les quatorze cas publiés jusqu'à ce jour de cette singulière maladie, aucun n'a été observé en France, et les traités classiques sont absolument muets sur la question.

Chez l'enfant observé par le docteur Tordeus, le spasme se montrait avec une netteté ne laissant place à aucune confusion; la petite malade était rachitique à un degré modéré et âgée de quatorze mois. Voici en quels termes le médecin bruxellois décrit le phénomène dont il a été témoin: « ..... Le phénomène le plus étrange qu'on voyait chez cette malade consistait en des mouvements d'abaissement et de redressement de la tête, mouvements se répétant environ trente à quarante fois par minute. Ces accès se montrèrent deux à trois fois pendant tout le temps que dura l'examen de la malade. Pendant leur intervalle, l'enfant paraissait être bien; elle semblait prendre part avec intérêt à tout ce qui se faisait autour d'elle; mais un peu avant le retour des paroxysmes, on constatait un peu d'agitation, un malaise général.... L'état général de la malade ne paraît pas avoir beaucoup souffert de ces accès convulsifs; l'appétit est bon, les selles régulières et les digestions faciles; quant aux facultés intellectuelles, elles paraissent également intactes..... »

Dans ce cas, les accès disparurent assez facilement au bout de trois mois d'un traitement par le bromure de potassium à la dose de 50 centigrammes, puis d'un gramme par jour. Mais, dans un certain nombre d'autres cas, le tic n'a paru être qu'une des formes du petit mal épileptique ou un symptôme d'une lésion grave de l'encéphale.

On ne saurait donc être encore affirmatif sur la question d'étiologie et de pathogénie; avant de pouvoir faire du tic de Salaam une maladie distincte ou de le faire rentrer définitivement dans le cadre de l'épilepsie ou des maladies du cerveau, il faut attendre un plus grand nombre d'observations et une étude plus complète de cette singulière maladie. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, février 1882.)

II. Rougeole compliquée de diabète sucré; accidents cérébraux; mort, par le docteur Umé.

Trop souvent la bénignité relative de la rougeole endort les parents et le médecin lui-même dans une sécurité trompeuse; si le mal frappe dans une famille de plusieurs enfants, loin de soustraire ceux qui sont indemnes aux chances de la contagion, on semble, au contraire, favoriser chez eux l'invasion de la maladie, comme si la rougeole était pour l'espèce humaine une de ces obligations désagréables, mais nécessaires, dont on a hâte de se libérer le plus tôt possible.

La rougeole peut cependant se présenter avec un redoutable cortège de complications (gangrènes, broncho-pneumonie,

phtisie consécutive, etc.); la rougeole peut aussi hâter l'évolution d'une maladie encore à sa période d'incubation, d'une diathèse latente. Le fait observé par M. Umé est une nouvelle et triste preuve de la possibilité de ces évolutions mortelles. Dans une famille de quatre enfants, deux sont frappés de la rougeole; les deux autres, non isolés des malades, ne tardent pas à être atteints à leur tour. La maladie eut chez trois une marche régulière et bénigne; mais chez le quatrième, une jeune fille de quatorze ans, la rougeole ne tarda pas à se compliquer de diabète; la polydipsie, la polyurie, la polyphagie et l'examen des urines ne laissèrent planer aucun doute sur le diagnostic; le trouble nutritif fit des progrès rapides, et l'enfant succomba en quelques jours avec des phénomènes cérébraux rappelant ceux de l'hydrocéphalie aiguë.

Y avait-il entre la rougeole et le diabète une relation de cause à effet? N'y avait-il qu'une simple coïncidence? Quelle que soit l'opinion à laquelle on s'arrête, il est difficile de ne pas admettre une influence fâcheuse de la rougeole sur l'évolution, si ce n'est sur la production du diabète; ajouté à tant d'autres, ce malheureux exemple doit inspirer aux parents et au médecin lui-même, dans les cas de rougeole, un respect salutaire des règles de l'hygiène prophylactique. (Archives médicales belges, février 1882.)

III. De l'acupuncture dans certaines affections nerveuses spasmodiques, par le docteur Arens.

L'injection hypodermique de morphine rend tous les jours de nombreux services; quelquefois, cependant, elle est infidèle; dans d'autres cas elle n'est pas exempte d'inconvénients. Les nausées, les cauchemars, l'intolérance morphinique, les effets de l'accoutumance acheminant doucement le patient vers le morphinisme chronique, sont tout autant de contre-indications formelles qui risquent de laisser le médecin impuissant en présence de phénomènes douloureux ou spasmodiques d'une grande gravité. Aussi a-t-on proposé de remplacer la solution de morphine par l'eau de laurier-cerise, par l'eau distillée, ou même par l'*aqua simplex*.

Voici M. Arens qui, allant plus avant dans cette voie, supprime toute espèce de liquide et se contente de la piqûre. Il propose en un mot l'emploi de ce moyen thérapeutique tour à tour prôné sans mesure, ou délaissé sans raisons, de l'acupuncture. Cette petite opération faite soit avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, soit avec de simples épingles d'acier ou même de laiton, a donné à cet observateur de très beaux résultats. Il cite l'observation d'une gastralgie rebelle guérie par une seule piqûre avec le trocart capillaire. Ce premier fait, tout à fait fortuit, éveilla l'attention de l'auteur. Depuis il eut occasion d'employer ce moyen avec un égal succès chez une asthmatique, dont il a pu arrêter les accès dans plus de cinquante occasions: chez un enfant de 13 ans, affecté d'une toux nerveuse rebelle à tout traitement, dans plusieurs cas de toux hystérique, dans la coqueluche.

Ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération et permettront, il faut l'espérer, de restreindre l'usage, nous allions dire l'abus, des injections de morphine.

Les récents travaux de M. Brown-Séquard sur les effets inhibitoires des excitations cutanées permettent de se rendre un compte exact du processus curateur, dans ces cas où la simple acupuncture amène un si rapide soulagement. (Archives médicales belges, novembre 1881.)

P. Berdinel.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 8 mai 1882.

La grotte Lympia.

En 1875, dans une précédente communication à l'Académie, M. Emile Rivière avait soutenu, contrairement à l'opinion de Cuvier, que la grotte du Château de Nice, décrite par l'illustre naturaliste, était contemporaine de l'homme. Les fouilles faites en 1879 par M. Rivière dans la grotte Lympia, découverte par hasard en 1878 dans des travaux de terrassement, confirment l'opinion émise par lui.

En effet, ce qui caractérise bien la nature des dépôts bréchiformes qu'elle renferme et démontre nettement sa contemporanéité avec l'homme dans la contrée, ce sont: 1° les ossements d'animaux brûlés, brisés et fendus pour en extraire la moelle; 2° trois haches en calcaire compacte, du type dit de Saint-Acheul, ainsi qu'un nucléus et de nombreux éclats de rebut. Quant à la faune, les pièces les plus caractéristiques sont une tête de fémur d'éléphant et des os de lagomys. Les ruminants comprennent trois cerfs de grandeur différente, une grande chèvre, ainsi qu'un bœuf de grande taille. Les oiseaux sont des rapaces tels que l'aigle, des passereaux et des gallinacés. Enfin les coquilles, peu nombreuses, sont des espèces terrestres, une seule exceptée, qui est d'origine méditerranéenne, et presque toutes appartiennent au genre *Hélix*.

Séance du 15 mai 1882. — Présidence de M. Jamin.

Physiologie pathologique. — Sur l'empoisonnement chronique par l'arsenic. Note de MM. O. Caillol de Poncy et Ch. Livon, présentée par M. Robin.

Dans une première note (*Comptes rendus*, 9 juin 1879), nous avons fait connaître le résultat de nos recherches relativement à la localisation de l'arsenic dans le cerveau. Les résultats que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui portent sur la marche de l'empoisonnement chronique et sur les altérations de certains organes.

Lorsque l'on soumet des chats, par exemple, à un régime arsénical continué, à faible dose, pendant longtemps, ces animaux semblent, dans la première période, s'en trouver admirablement, car ils mangent davantage, ils s'engraissent et ont tous les signes d'une très bonne santé; mais, le traitement continuant, ces mêmes animaux, après être restés pendant un certain temps dans cet état de santé parfaite, commencent à maigrir; la diarrhée les prend, ils perdent l'appétit et deviennent languissants; ils finissent enfin par mourir dans un état d'anémie et de maigreur qui fait un contraste surprenant avec l'état dans lequel ils se trouvaient dans la première période de l'expérience.

A l'autopsie, tous les muscles, y compris le cœur, sont d'une pâleur extrême; le foie, les poumons et les reins présentent à l'œil nu tous les caractères de la dégénérescence graisseuse et, fait particulier, les ganglions mésentériques sont tous très hypertrophiés et ont subi aussi la dégénérescence graisseuse.

MM. Cornil et Brault ont déjà signalé la dégénérescence graisseuse du foie, des poumons et des reins dans l'empoisonnement aigu, mais rien n'a encore été dit à propos des ganglions mésentériques.

Nous nous bornerons à signaler, pour le moment, les altérations constatées dans les poumons et dans les ganglions mésentériques.

Poumons. — Les résultats auxquels nous sommes arrivés diffé-

rent un peu de ceux qu'ont obtenus MM. Cornil et Brault, mais il faut faire attention que ces messieurs étudiaient l'empoisonnement aigu, tandis que nos recherches ont porté sur l'empoisonnement chronique. Cette seule différence explique suffisamment la variété du processus.

Les auteurs que nous venons de citer ont trouvé les capillaires pulmonaires dilatées par du sang, les cellules endothéliales envahies par de très grosses granulations graisseuses. Sur certains point, ils ont trouvé des hémorrhagies, des alvéoles pulmonaires remplies de grosses granulations graisseuses. Nous autres, nous n'avons trouvé de réellement altérées que les cellules épithéliales alvéolaires, qui sont en pleine dégénérescence graisseuse. Certaines alvéoles sont envahies complètement par les cellules dégénérées, qui finissent par obstruer entièrement l'alvéole et enfin tout le lobule pulmonaire; c'est ce qui explique les îlots blanchâtres que l'on voit à la surface et dans l'intérieur des poumons.

Ganglions mésentériques. — En ouvrant l'abdomen des animaux ayant succombé à l'empoisonnement chronique par l'arsenic, ces ganglions apparaissent comme de grosses masses d'un blanc jaunâtre et ayant à l'œil nu un aspect caséeux. Après une étude convenable faite sur des coupes et à l'aide des réactifs usuels, il est facile de voir que la portion périphérique surtout, la région folliculaire, est en certains points envahie complètement par la dégénérescence graisseuse. Mais cette dégénérescence ne se borne pas aux follicules, elle envahit le ganglion par larges plaques, aussi bien dans la région périphérique que dans la région centrale. Les parties dégénérées sont pleines de grosses cellules à contenu granuleux et graisseux comme le montre l'acide osmique.

Il se passerait donc ici un processus semblable à celui qui se passe dans le poumon. Sous l'influence de l'absorption lente et successive de l'arsenic, les cellules endothéliales que renferme le ganglion subissent la dégénérescence graisseuse. Elles envahissent la région la plus active du ganglion, la région folliculaire, qui serait la première atteinte, puis ensuite la dégénérescence, s'étendant de proche en proche, gagne sinon tout le ganglion, du moins une bonne partie (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend deux lettres de candidature de MM Javal et Gariel pour la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

— M Giraud-Téulon présente un ouvrage de MM. Héron de Villefosse et Thédenat, intitulé : *Cachets d'oculistes romains.*

M. Chatin présente, au nom de M. Charles Brame (de Tours), une brochure intitulée : *Révision sémestrielle du formulaire inséré dans la* Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.

M. Léon Colin signale l'importance et la priorité de certains travaux de M. le docteur Netter relativement aux rapports qui existent entre le typhus d'une part, le scorbut et la misère, de l'autre. Il cite en particulier le passage suivant d'un mémoire publié par M. Netter en 1863 dans la Gazette des hopitaux :

« Quand une population est en proie à une extrême misere, comme en temps de famine ou de constitution scorbutique, alors les émanations humaines acquièrent un caractère de perniciosité particulière qui se révéle par une odeur horriblement fétide. Si, dans ces conditions, la malpropreté existe en même temps, les produits des émanations humaines s'accumulent dans les vêtements, sur la peau, dans la literie, et, de là, une sorte de marais spécial où s'empoisonnent non seulement les individus qui ont donné lieu à sa formation, mais encore les personnes étrangères, aisées, n'ayant pas souffert de la misère, mais que leurs fonctions appellent dans ces milieux, telles que médecins, sœurs, infirmiers. »

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. A. Moreau.

La liste de présentation porte : En première ligne, M. Mathias Duval. En deuxième ligne, M. Charles Richet. En troisième ligne, M. Laborde. En quatrième ligne, M. Farabeuf. Sur 76 votants, majorité 39.

M. Mathias obtient.........	50 suffrages.	
M. Charles Richet.........	15	—
M. Laborde	9	—
M. Farabeuf..........	2	—

M. Mathias Duval, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

— Mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche. — M. Woillez, en son nom et au nom de M. Vulpian, lit un premier rapport sur un résumé de quelques expériences de M. Smetter sur le mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche.

L'explication donnée par l'autour de la respiration par le nez et par la bouche exclusivement est basée sur ce fait que des contractions musculaires spéciales, constatées par lui *de visu*, obstruent le parcours buccal ou nasal pour isoler la circulation de l'air par la voie laissée libre.

M. le rapporteur trouve que le fait de l'isolement constant de la respiration par le nez ou par la bouche, lorsque les deux voies restent ouvertes, est trop exclusif. Il est d'avis qu'il y a des exceptions à la formule de M. Smetter, et il cite des exemples. Les exceptions de ce genre, ajoute-t-il, semblent conduire à se demander si l'expérimentateur s'est mis dans des conditions physiologiques convenables, lorsqu'il a cherché à faire respirer par le nez et par la bouche à l'aide de tubes abontissant à des flacons.

Malgré les quelques remarques critiques présentées par M. le rapporteur, le travail de M. Smetter ne lui en parait pas moins intéressant ; il a fourni à l'auteur des applications pratiques ingénieuses sur les injections liquides dans les fosses nasales ne suspendant pas la respiration par la bouche, sur les inhalations d'oxygène qui peuvent se faire par un tube dans la bouche sans l'emploi du masque de Waldenberg, et enfin sur les inhalations de chloroforme. A propos de ces indications, M. le rapporteur fait observer qu'il se rencontre d'autres conditions dans lesquelles il y a aussi un intérêt pratique à bien connaître la théorie du mécanisme de la respiration. L'état de mort apparente par syncope ou asphyxie est la plus importante de ces conditions. L'emploi de la respiration artificielle, quel que soit son mode d'application, sera modifié suivant l'idée que l'on pourra se faire de l'acte respiratoire physiologique. Mais ici il est clair qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'indépendance de la respiration nasale ou buccale, car tous les muscles sont inertes, et leur contraction ne peut pas, par conséquent, obstruer l'une des deux voies à parcourir par l'air. De là l'indication de faciliter autant que possible la pénétration de l'air par la bouche et par les cavités nasales à la fois.

M. Woillez termine son rapport en engageant M. Smetter à poursuivre ses intéressantes recherches et en proposant à l'Académie de lui adresser des remerciements et de déposer sa note dans les archives. (Adopté.)

— M. Woillez lit un deuxième rapport, fait en commun avec M. Brouardel, sur un mémoire de M. le docteur de Chilly (de Vaucouleurs), relatif à un nouveau procédé de secours aux asphyxiés par causes diverses.

Le procédé proposé par M. de Chilly est un moyen mécanique

(1) Travail du laboratoire de physiologie de l'École de médecine de Marseille.

pour faire immédiatement respirer un asphyxié à pleins poumons; il consiste à convertir la loge thoracique en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes. Pour obtenir ce résultat, il suffit que, le sujet étant couché sur le dos et sur un plan incliné, l'opérateur, placé à l'un de ses côtés et la face tournée vers les pieds, enfonce les quatre derniers doigts fléchis de chaque main, et le plus haut possible, sous les fausses côtes, de chaque côté et derrière elles; en refoulant fortement la peau et en les serrant entre les extrémités des doigts et la paume de la main. Cette préhension doit se faire sur les points où la paroi thoracique fait la plus grande saillie en bas. Alors l'opérateur exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement qui donnent à la poitrine toute son ampleur ou toute sa dépression, car le mouvement imprimé aux fosses côtes se propage à toute l'étendue des parois thoraciques.

Examinant les avantages et les inconvénients de cette méthode, M. le rapporteur signale, parmi les avantages, celui de ne point nécessiter d'engins particuliers.

Suivant l'auteur, sa méthode a pour effet de faire respirer l'asphyxié à pleins poumons. Malheureusement, dit M. le rapporteur, on ne peut lui concéder cette supériorité. Sans vouloir nier que la dilatation du thorax soit ici la conséquence de l'écartement des côtes, on se demande dans quelle mesure la pénétration de l'air peut s'effectuer. Cette dilatation est moindre de bas en haut, aussi ne peut-on admettre que la respiration ait lieu à pleins poumons. D'un autre côté, le diaphragme reste inerte comme les autres muscles. La dilatation obtenue est par conséquent contrariée et amoindrie par cette ascension du diaphragme. On conçoit donc difficilement que la respiration puisse avoir lieu très largement.

Quant aux résultats pratiques de l'emploi de ce procédé, il faudrait l'avoir expérimenté plusieurs fois pour les formuler. M de Chilly ne donne pas des preuves suffisantes pour démontrer la supériorité de sa méthode.

Le résultat n'en est pas moins digne d'être noté. En conséquence, M. le rapporteur propose d'adresser des félicitations à M. de Chilly pour son intéressante communication et de déposer honorablement son travail aux Archives. (Adopté.)

— M. Lagneau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Antony, médecin-major au 123e régiment de ligne, intitulé : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne.*

M. le rapporteur termine son rapport en proposant les conclusions suivantes :

1o Renvoyer au comité de publication le mémoire de M. Antony;

2o Demander au ministre de la guerre de vouloir bien charger le Conseil de santé des armées de faire rassembler et coordonner par cantons tous les documents statistiques recueillis lors des opérations du recrutement.

Une discussion s'engage sur cette deuxième conclusion entre MM. Larroy, Perrin et le rapporteur.

Vu l'heure avancée, le vote des conclusions est renvoyé à la séance prochaine. M. le rapporteur est invité à s'entendre avec ses collègues pour une nouvelle rédaction de la deuxième conclusion.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Chatin sur les candidats à une place de correspondant vacante dans la troisième division des correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1882. — Présidence de M. Millard.

Sur quelques-uns des troubles de la maladie de Bright. — M. Dieulafoy appelle l'attention de ses collègues sur quelques-uns des troubles de la maladie de Bright (néphrite parenchymateuse ou néphrite mixte) auxquels on n'a pas toujours attaché une importance suffisante, ou que l'on a parfois confondus entre eux sous une même dénomination.

Le premier est un trouble urinaire caractérisé d'une part par l'abondance des urines ou polyurie et d'autre part par la fréquence dans les envies d'uriner telles que celles-ci peuvent s'élever, chez certains malades, au chiffre de douze et quinze fois par nuit ou vingt à vingt-cinq fois dans les vingt-quatre heures. Ce dernier symptôme n'est pas fatalement associé à la polyurie, car quelques-uns de ces malades, malgré la fréquence des mictions, ne rendent parfois qu'une quantité relativement peu considérable d'urine; chez certains d'entre eux, cette quantité ne dépassait pas 500 grammes dans les vingt-quatres heures. Il y a donc là deux phénomènes absolument différents qu'il est nécessaire de bien distinguer l'un de l'autre, bien qu'ils soient généralement englobés sous une seule et même dénomination, celle de polyurie. Il peut donc y avoir : 1o Une polyurie caractérisée par l'abondance des urines indépendante des mictions; 2o une pollakurie, terme que propose M. Dieulafoy pour désigner la fréquence des envies d'uriner, fréquence, du reste, que les auteurs ont déjà signalée, mais sans une désignation spéciale qui permette d'éviter toute confusion.

Ce dernier symptôme revêt trois formes différentes : la forme précoce, la forme tardive et la forme douloureuse.

La forme précoce est celle qui, débutant pour ainsi dire avec la maladie, permet déjà d'entrevoir sa nature, tout au moins de la soupçonner, alors qu'il n'existe encore aucun signe apparent de l'affection brightique. M. Dieulafoy cite plusieurs cas où ces envies fréquentes d'uriner sans polyurie furent le premier symptôme de la maladie de Bright.

Dans la forme tardive, ces mictions fréquentes apparurent, au contraire, alors que, la période aiguë de la néphrite albumineuse étant passée, le malade se croyait guéri, et caractérisèrent le début d'une forme chronique insidieuse.

Quant à la forme douloureuse, voire même très douloureuse, M. Dieulafoy en a observé récemment deux cas intéressants dans son service. Il s'agit de deux femmes atteintes de néphrite mixte dont l'une a succombé il y a une quinzaine de jours et l'autre est en voie d'amélioration. Toutes deux avaient été prises pour la première fois, il y a trois ou quatre ans, d'envies tellement fréquentes d'uriner, qu'elles n'en pouvaient dire le nombre par nuit; elles ne rendaient chaque fois que quelques gouttes d'urine. Cette miction, insignifiante comme quantité, était constamment suivie de ténesme, d'un spasme du sphincter des plus douloureux, qui durait, chez l'une, de trois à quatre minutes, chez l'autre près de huit minutes.

En résumé, dit M. Dieulafoy, la polyurie et la pollakurie sont deux phénomènes indépendants l'un de l'autre, bien que pouvant se rencontrer ensemble chez des sujets atteints de maladie de Bright.

Un autre symptôme de cette affection sur lequel l'auteur de la communication appelle encore l'attention de ses collègues, symptôme que l'on rencontre chez un tiers des individus atteints de néphrite albumineuse, parenchymateuse, interstitielle ou mixte, et qui est surtout fréquent chez la femme, est le symptôme démangeaisons.

Celles-ci sont plus ou moins intenses; parfois elles sont tellement violentes que les malades se grattent, disent-ils, jusqu'au sang, au point de s'arracher la peau.

Ces démangeaisons présentent aussi plusieurs variétés :

1o Parfois caractérisées par un prurit vulgaire, elles ont été le symptôme initial de la maladie de Bright et ont duré pendant plusieurs mois sans que la maladie se soit révélée par aucun autre signe apparent. On a voulu l'expliquer par l'urémie, par une excrétion de l'urée par la peau. Cependant, j'ai vu des malades ayant de véritables sueurs d'urée qui n'éprouvaient jamais aucune de ces démangeaisons;

2o D'autres fois le prurit, très léger, ressemble au fourmillement que produirait un cheveu, sensation véritable qui n'est point un fait de ce que l'on a appelé la manie brightique.

3o Enfin, dans certains cas, ces démangeaisons, tout en se rapprochant de la forme précédente, en diffèrent cependant comme sensation. C'est ainsi que des malades se disent *dévorés* par des insectes, fourmis ou autres, d'où certain fourmillement spécial sur les membres ou sur le tronc.

Le dernier symptôme caractéristique signalé par M. Dieulafoy est celui du doigt mort; c'est un phénomène de fourmillement, de crampe, avec pâleur des tissus au point de paraître complètement exsangue, qui se manifeste à l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts de la main, et persiste pendant une demi-heure ou plus, pour disparaître complètement ensuite. Rarement, les deux mains sont complètement prises, et quand elles le sont partiellement, la lésion est toujours symétrique. Il semble qu'il y ait là de véritables troubles vaso-moteurs.

Chute des ongles et ataxie locomotrice. — M. Roques rapporte un fait d'autant plus curieux qu'il a été très rarement observé; il paraît être le quatrième connu jusqu'à ce jour dans la science. Il s'agit d'un malade entré dans son service, il y a deux ou trois mois. Le mal a débuté, il y a environ un an, par une douleur dans le côté gauche, au niveau de la région précordiale, dans le bras gauche et principalement dans le doigt annulaire; douleur assez aiguë, mais qui n'a rien de fulgurant. Un peu plus tard le malade a éprouvé des douleurs viscérales, de la dysurie et du ténesme, puis des troubles de la vue.

Lorqu'il est entré dans le service, les douleurs du côté et du bras gauche persistaient et s'accompagnaient d'anesthésie plantaire, d'une diminution notable de la sensibilité thermique, de la suppression du réflexe rotulien, surtout à gauche, de vision moins bornée à gauche qu'à droite avec un peu de dilatation de la pupille à gauche. Le malade étant dans le décubitus dorsal, les mouvements se font avec une grande précision, les yeux fermés ou ouverts. Il marche comme sur du velours, mais sans incoordination apparente; il y a seulement une légère hésitation. La force musculaire est intacte. Tous ces différents phénomènes ont conduit M. Roques à diagnostiquer une ataxie locomotrice fruste chez un individu autrefois syphilitique.

Il y a deux mois, cet homme s'est plaint d'un engourdissement prolongé dans les deux gros orteils, comme si ces deux doigts étaient morts. Cependant il n'y avait eu ni traumatisme, ni chaussures trop serrées, ni refroidissement considérable des pieds. On lui conseilla quelques frictions avec de l'alcool. Trois ou quatre jours plus tard, il s'apercevait d'une teinte noirâtre des ongles lentement progressive, manifeste au pied gauche, où l'on observait bientôt une ecchymose sous-unguéale gagnant le bord cutané. L'ongle, peu à peu, tendit à se séparer du doigt, et aujourd'hui il est à demi-détaché. Il en est de même au gros orteil du pied droit, mais la lésion y est moins prononcée.

Jusqu'à présent il n'a été publié en France que trois faits de même nature, mais dans chacun d'eux l'évolution de la lésion a été beaucoup plus rapide. Quant à l'explication, elle est encore à trouver.

M. Joffroy rappelle qu'il a cité un cas semblable, comme l'a fait, du reste, remarquer M. Roques. Pour lui, il y avait une relation de cause à effet, son malade était également un ataxique. M. Follet a rapporté aussi une observation de chute des ongles chez un sujet diabétique. M. Joffroy pense, en résumé, que si cet accident survient dans le cours d'une maladie nerveuse, il peut aussi se produire en dehors d'une affection de ce genre.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1882. — Présidence de M. Labbé.

Communication de M. Lannelongue : *Recherches expérimentales sur la greffe de l'os mort dans l'os vivant; résorption des séquestres*. Autrefois, dans les résections, on a déjà essayé de se servir de l'ivoire pour maintenir les fragments et l'on a vu que cet ivoire se résorbait; néanmoins il restait toujours des doutes au sujet de cette résorption, et c'est pour éclaircir la question que M. Lannelongue a entrepris des expériences dont il vient d'exposer le résultat. Il a pris un humérus humain qui depuis dix ans servait aux démonstrations dans un laboratoire; il y a taillé une cheville de six millimètres et demi de longueur sur trois millimètres de largeur. Cette cheville, préalablement désinfectée dans l'acide phénique et l'alcool, fut introduite dans le tibia trépané d'un lapin adulte. Dans le tibia du côté opposé, on a mis une cheville de même dimension, en ivoire, afin de comparer les résultats. Au bout de deux mois et trois jours, l'animal a été sacrifié, et voici ce que l'on a observé :

Toute la portion de cheville osseuse engagée dans le canal médullaire avait presque complètement disparue; dans le tissu compact, la résorption n'était pas aussi complète, mais elle était déjà avancée, et à la surface du tibia il y avait un nouvel os périosté. Tous les canaux de Havers étaient remplis de cellules embryonnaires et de vaisseaux, les parois étaient tapissées par des cellules jeunes. On peut donc dire que dans l'espace de deux mois la cheville d'os avait été presque complètement résorbée. Pour la cheville d'ivoire, les choses n'ont pas été semblables; les phénomènes ont été beaucoup moins accusés et beaucoup plus lents, et la portion qui avait subi un commencement de résorption était celle qui était dans le canal médullaire. Enfin, pour que cette résorption s'effectue, il ne faut pas qu'il y ait de suppuration, et il faut que le séquestre s'entoure de bourgeons charnus. M. Lannelongue termine son intéressante communication par les conclusions suivantes :

La résorption des séquestres est un fait qui se démontre par l'expérimentation. La suppuration dans la capsule séquestrale autour du séquestre lui-même est un obstacle à cette résorption; mais la suppuration peut n'avoir qu'une durée temporaire, et s'il lui succède une végétation embryonnaire, les bourgeons charnus accolés au séquestre s'engageant dans les canaux de Havers, dans les anfractuosités même les plus minimes qu'il présente, produisent sa résorption par un mécanisme dont on sait toutes les phases expérimentalement.

La résorption de l'os mort a lieu plus facilement et plus promptement que celle de l'ivoire; de plus, elle est suivie de la formation d'un os nouveau. Aussi doit-on préférer l'os à l'ivoire dans la pratique des résections, si on veut assurer le maintien des fragments en place par l'un ou l'autre de ces moyens; l'os préparé pour ce but sera désinfecté au préalable avec soin.

M. Trélat : Un certain nombre de faits cliniques sont absolument conformes aux expériences de M. Lannelongue. Dans les ostéomyélites à marche plus ou moins aiguë, lorsqu'il se forme des anfractuosités séquestrales et qu'on les ouvre, on y rencontre l'évolution naturelle des phénomènes que M. Lannelongue a constatés expérimentalement. On trouve d'abord une couche de nouvel os, au-dessous de laquelle sont des fongosités entourant un séquestre; ce dernier est souvent d'une minceur extrême, par suite de la résorption déjà opérée.

M. Lucas-Championnière lit un rapport sur une observation d'opération de Porro communiqué par M. Guichard dans la dernière séance. La malade de M. Guichard est morte soixante heures après l'opération, sans qu'on ait rencontré à l'autopsie aucune trace de péritonite, et avec des phénomènes de dyspnée et d'irrégularité du pouls.

L'opération de Porro est toujours une opération grave, que l'u-

térus à enlever soit petit, volumineux ou gravide, et c'est loin d'être une opération innocente comme on l'a prétendu. Les dangers de cette opération sont d'abord le choc traumatique ; la péritonite est très rare ; en outre une complication est la compression de plexus du petit bassin, et consécutivement des accidents réflexes, dyspnée, instabilité du pouls, qui peuvent se présenter soit tout de suite après l'opération, soit quelques jours après. C'est ce qui a eu lieu pour la malade de M. Guichard. Un autre inconvénient de l'opération de Porro, c'est que lorsque les malades guérissent, elles sont moins valides que celles qui ont subi l'opération césarienne simple.

Lorsqu'on la pratique, il faut prendre certaines précautions : faire la cicatrice la plus haut possible pour éviter l'éventration ; morceler le pédicule qui est énorme et que l'on ne peut facilement serrer en une seule masse. Il ne faut pas rentrer le pédicule tout entier dans le ventre, car sa surface est le siège d'un écoulement lochial. M. Lucas-Championnière repousse le procédé de Müller, qui consiste à sortir préalablement l'utérus tout entier de l'abdomen. La modification de l'incision qu'a proposée M. Tarnier, et qui consiste à achever l'incision par déchirure pour éviter l'hémorrhagie, est bonne ; mais cela prolonge un peu l'opération. Enfin la méthode antiseptique est indispensable.

M. Anger se demande si les accidents qu'a présentés la malade de M. Guichard : apnée, dyspnée, accélération du pouls, urines noires, ne sont pas dûs à un empoisonnement par l'acide phénique.

M. Polaillon ne partage pas l'opinion de M. Anger et croit, comme M. Lucas-Championnière, que ces accidents sont dus à des phénomènes réflexes. Dans l'empoisonnement par l'acide phénique, le pouls est lent, il y a de l'adynamie et un abaissement de la température.

M. Anger : Dans l'empoisonnement par l'acide phénique, la température s'abaisse en même temps que le pouls s'élève. Quant au traitement du pédicule, je suis de l'avis du rapporteur et je pense qu'il faut le morceler pour pouvoir exercer une constriction suffisante. J'ai, malgré cette précaution, observé une mort par hémorrhagie.

M. Marchand : Dans un cas je me suis servi de l'écraseur de Chassaignac, qui fut laissé en place, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que la malade de M. Guichard soit morte d'empoisonnement par l'acide phénique ; elle n'a eu ni sécheresse de la langue, ni nausées, symptômes qui se rencontrent dans cet empoisonnement, et les urines noires n'ont apparu que le troisième jour.

Dr Henri Bastard.

CONGRÈS DE MÉDECINE DE WIESBADEN

Suite et fin. — Voir le numéro 20.

Le professeur Eulenburg a fait part de ses recherches sur *les injections hypodermiques de certains sels d'argent.* Riemen et Jacobi ont démontré que le nitrate d'argent administré en pilules par les voies ordinaires ne passe pas dans le sang à l'état de combinaison soluble ; la majeure partie de ce sel est réduit au contact de la muqueuse gastro-intestinale et perd toute son efficacité. De là l'idée d'incorporer les sels d'argent par la voie hypodermique. Eulenburg a expérimenté d'abord avec une solution contenant :

Nitrate d'argent	0 gr.	05
Hyposulfite de soude	0	» 3
Eau distillée	20	»

puis avec des solutions de phosphate et de pyrophosphate d'argent. Ces expériences ont été faites sur des animaux. Elles n'ont déterminé ni accidents locaux ni troubles de l'état général, mais il se fit voir dans la suite qu'une partie du sel injecté est réduit au point d'injection et colore en noir la peau, les aponévroses et les muscles. Une autre partie pénètre dans le torrent circulatoire à l'état de combinaison soluble, et le métal est retrouvé dans les urines.

M. Eulenburg a eu recours aux injections de sel d'argent chez l'homme dans des cas de paralysie agitante, de sclérose en plaques, de tabes. Il ne dit pas quels résultats thérapeutiques il a obtenus.

M. Ungar (de Bonn) a parlé sur *la signification des cristaux de Leyden dans l'étude de l'asthme bronchique.* Ungar croit pouvoir affirmer, en se basant sur de nombreuses recherches, que ce produit spécial d'expectoration est un signe spécifique de l'asthme bronchique, et comme ces prétendus cristaux sont constitués par un exsudat fibrineux formé à la surface des bronches les plus fines, Ungar en conclue que l'asthme bronchique a des relations étroites, avec la bronchite fibrineuse, que ce n'est qu'une bronchite fibrineuse capillaire. Cette hypothèse rendrait compte, suivant l'auteur, des principaux symptômes de l'asthme, entre autres de la dyspnée expiratoire et de l'emphysème consécutif. Si, comme le démontrent les observations des anatomistes, des physiologistes et des pathologistes, le calibre des fines bronches augmente pendant l'inspiration, on conçoit qu'une inspiration forcée fera pénétrer dans les alvéoles, entre la paroi bronchique et l'exsudat fibrineux, une certaine quantité d'air qui ne trouvera plus à s'échapper au dehors, lorsque, au moment de l'expiration, les bronchioles reviendront à leur calibre primitif en se moulant sur l'exsudat. Il est inutile dès lors d'invoquer un spasme réflexe des muscles bronchiques, pour expliquer la dyspnée expiratoire.

L'auteur a prévu les objections qui seraient adressées à sa théorie, mais il s'est bien gardé de les réfuter. En ce qui concerne, par exemple, l'action salutaire des narcotiques sur les manifestations de l'asthme nerveux, il se contente de dire qu'une objection tirée de ce fait ne supporte pas la critique. La critique a eu tort de ne pas se produire.

M. Curschmann (de Hambourg) a parlé dans le même sens. Il a vu très souvent des accès semblables à ceux de l'asthme nerveux survenir à la suite d'une véritable bronchite capillaire fibrineuse. En pareils cas les malades rendent des crachats vitreux, d'une grande viscosité, constitués par une masse filiforme contournée en spirale. Cette disposition se reconnaît souvent à l'œil nu. La constatation de ces crachats a une valeur tout à fait caractéristique. Presque toujours on découvre, à côté de ces produits d'expectoration, les grains qu'on a désignés en Allemagne sous le nom de cristaux de Leyden, et qui ne seraient que des produits de transformation des crachats vitreux.

M. Leyden ne nie pas l'existence de l'asthme nerveux, qui reconnaîtrait le plus souvent pour cause prochaine une hyperesthésie de la muqueuse bronchique. Mais il a soutenu et il soutient encore que dans la plupart des faits qu'on a décrits sous le nom d'asthme nerveux, il s'agissait d'un catarrhe spécifique des fines bronches, caractérisé par une expectoration sur laquelle il a attiré l'attention il y a plus de douze ans. Leyden repousse la dénomination de bronchite capillaire fibrineuse, parce que, dit-il, une bronchite de cette nature peut survenir sans donner lieu aux manifestations de l'asthme.

— M. Schultze a parlé sur *la tétanie et l'excitabilité mécanique des nerfs,* pour rappeler que dans les cas de tétanie il n'existe pas de lésion grossière du système nerveux, mais une excitabilité exagérée des nerfs moteurs périphériques, qui peut subsister des années ; une exagération de cette excitabilité peut, dans une certaine mesure, être réveillée chez l'homme à l'état physiologique par la percussion des troncs nerveux en certains points de leur trajet. De même on voit survenir des spasmes toniques de certains mus-

cles à la suite de mouvements volontaires répétés (communication bien banale en somme).

—Enfin le professeur FINCKLER (de Bonn) a rappelé les résultats de ses *recherches sur les rapports de la calorification, de l'absorption de l'oxygène et de l'élimination de l'acide carbonique* dans la fièvre, et qui ont fait l'objet d'une communication antérieure (in ARCHIV. de Pflüger, t. XXVII, p. 167.)

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA CICATRISATION DES PAROIS INTESTINALES APRÈS LA PONCTION PAR LE TROCART CAPILLAIRE, par M. le docteur ÉMILE VOGT, ancien assistant d'anatomie pathologique à l'Université de Genève. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1881.

Dans ce travail, fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Genève, l'auteur a essayé de démontrer l'innocuité des ponctions intestinales par l'étude du mécanisme de leur guérison.

Il combat la théorie exposée par Nushaum dans son article du COMPENDIUM de Pitha et Billroth, théorie dans laquelle l'auteur explique l'absence de toute communication entre les cavités de l'intestin et du péritoine par la hernie de la muqueuse et les alternatives rythmiques de contraction et de relâchement de la tunique musculaire.

Il rejette aussi l'hypothèse de Bouisson (th. doct., 1874), qui admet le glissement de la muqueuse et la destruction du parallélisme.

M. Vogt, après de nombreuses expériences et des examens histologiques répétés, croit devoir attribuer l'absence de toute issue des matières et des gaz à l'épanchement séro-sanguin qui se fait autour de la piqûre et surtout à la contraction permanente de la tunique musculaire interne.

Le travail de cicatrisation durerait en moyenne dix jours et donnerait lieu à la formation d'un tissu fibrillaire susceptible de vascularisation en tout semblable au tissu ordinaire de cicatrice.

Mais il ajoute que si les ponctions sont inoffensives sur un intestin normal, il ne pourrait en être de même dans le cas où l'intestin est altéré, car alors la tunique musculaire n'est plus susceptible de contraction et le processus aboutit rapidement à la purulence.

Ces conclusions justifient pleinement, comme on le voit, l'opinion de M. Verneuil sur le danger des ponctions dans la hernie étranglée quand l'anse intestinale est altérée.

Deux planches intéressantes sont jointes à ce travail.

DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU CANCER UTÉRIN, par le docteur FRAIPONT. (Extrait des ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE.) — Liége, 1881.

Ce travail comprend deux parties : l'amputation du col, l'amputation totale de l'utérus.

Dans la première partie, l'auteur passe en revue les diverses méthodes employées, tant en France qu'à l'étranger. La méthode sanglante, par les procédés anciens et nouveaux (excision en entonnoir, excision partielle de Schroeder, râclage avec la curette tranchante), les méthodes de diérèse non sanglantes (écraseur linéaire, galvano-cautère), sont exposées dans tous leurs détails.

A propos de la première méthode, M. Fraipont s'étend sur les moyens d'hémostase, ligature, tamponnement, et principalement la suture de Sims modifiée par Hugnier, surtout applicable dans les cas d'allongement hypertrophique du col.

Selon nous, l'auteur a peut-être accepté trop facilement l'abaissement préalable du col qui a donné lieu en France à des études si remarquables de Legendre, Bastien et du professeur Richet, et qui est aujourd'hui à peu près complètement délaissé.

M. Fraipont, qui se rallie à l'emploi de l'anse galvanique, présente un bon parallèle entre l'anse et l'écraseur.

Il signale, parmi les inconvénients de ce dernier, la blessure possible des organes voisins, surtout du cul-de-sac péritonéal, et la difficulté de sectionner selon une ligne fixe et déterminée.

L'emploi de l'anse présente pour l'auteur l'avantage de s'adapter plus facilement à la limite des tissus sains, d'obtenir une section plus régulière, une eschare plus profonde.

Nous croyons devoir ajouter à ces avantages la rapidité de l'opération qui permet de tenir la malade éveillée et de ne pas la soumettre à l'action du chloroforme et, d'après Grunewaldt, la rareté des hémorrhagies primitives et des accidents consécutifs.

L'auteur signale, comme accidents communs aux deux méthodes, la pyohémie, la septicémie et la péritonite par propagation.

A ce sujet, nous ferons remarquer que l'auteur ne tient peut-être pas un compte suffisant de la nécessité des procédés antiseptiques appliqués aux plaies cavitaires (proposés par Freund (de Breslau) en 1879 à la section gynécologique de l'Association des naturalistes de Baden-Baden), procédés qui avaient été déjà appliqués en France par M. Verneuil à la cure des fistules vésico-vaginales en 1877 (voir ANN. DE GYNÉCOLOGIE, 1er janv. 1877).

L'étude de l'extirpation de la totalité de l'utérus occupe le deuxième chapitre.

Pour la méthode d'extirpation par la voie hypogastrique ou méthode de Freund, l'auteur rapporte une statistique intéressante comprenant quatre-vingt-huit cas avec une mortalité de 65,89 pour 100, sans compter les récidives.

L'auteur examine à ce sujet les diverses causes de mort par hémorragie, collapsus, blessure des organes voisins et péritonite septique.

Pour la méthode par la voie vaginale ou méthode de Czerny, Billroth, Schroeder, l'auteur présente une statistique de trente-six cas avec une mortalité de 28,57 pour 100.

M. Fraipont déclare se rallier à cette dernière méthode.

Dr PICQUÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'EAU FROIDE, SES PROPRIÉTÉS ET SON EMPLOI, PRINCIPALEMENT DANS L'ÉTAT NERVEUX, par le docteur A. BLOCH.

Nous n'avons pas à analyser un de ces nombreux livres, écrits sur l'hydrothérapie autant en vue des malades que du public médical et où l'on célèbre sur tous les tons les merveilleuses vertus curatives de l'eau froide prise intus et extra. L'ouvrage de M. le docteur Bloch, fait dans un but véritablement scientifique, contient des idées nouvelles et originales sur les effets physiologiques de l'eau employée méthodiquement. La partie clinique du travail est négligée, mais c'est avec intention. Il est facile de voir que l'au-

teur s'est uniquement préoccupé d'exposer nettement sa théorie sur l'action physiologique de l'eau, et de réfuter victorieusement les doctrines soutenues jusqu'à ce jour par les savants qui ont étudié le sujet et qui ont prétendu que l'eau froide était un médicament sédatif.

Contrairement à ce qu'ont avancé Fleury, Trousseau et Pidoux, Beni-Barde et autres, M. le docteur Bloch pense que l'eau froide est un excitant, qu'appliquée à l'extérieur, elle produit d'abord une perturbation plus ou moins vive exercée sur les centres nerveux; les effets sédatifs ne sont jamais primitifs, ils ne viennent que secondairement à la suite d'une modification survenue dans les troubles fonctionnels du système nerveux par le fait de l'action perturbatrice. Ce n'est ni en abaissant la température anormale, ni en diminuant l'afflux du sang et l'activité de la circulation centrale et capillaire que se produisent les phénomènes sédatifs. Ceux-ci, en effet, ne se manifestent qu'à la suite d'applications répétées, et ils sont amenés dans les conditions suivantes : chaque fois que l'eau froide est administrée, il y a une impression subite du système nerveux, et par suite une perturbation sous l'influence de laquelle l'habitude morbide de l'innervation est modifiée, et cette perturbation, à force d'être répétée, anéantit la surexcitabilité nerveuse.

Toutes les applications externes et générales d'eau froide, quelle qu'en soit la forme, immersions, enveloppements, douches, ont donc des effets d'abord excitants, ce qui fait que chez les malades névropathes, à tempérament éréthique, il faut agir avec beaucoup de prudence et de modération, au début d'un traitement hydrothérapique sous peine de voir s'accentuer les phénomènes d'irritabilité. A côté de l'action perturbatrice qui joue le principal rôle lorsqu'il s'agit de combattre les affections nerveuses, il faut faire intervenir l'action réfrigérante que l'on recherche surtout dans le traitement des maladies aiguës, fièvre typhoïde, rhumatisme cérébral, par exemple; l'on veut alors avec l'eau froide diminuer la température du sang, soustraire du calorique à l'organisme.

M. le docteur Bloch ne croit pas qu'il soit nécessaire d'employer une eau très froide pour obtenir du traitement hydrothérapique tout le bien qu'elle peut procurer; Fleury était dans l'erreur quand il soutenait que l'on devait toujours se servir pour les douches d'une eau dont la température fût comprise entre 8° et 10° centigrades. Dans la grande majorité des cas, chez les névropathes principalement, il sera toujours préférable d'appliquer l'eau à une température plus élevée, et cela surtout au début de la cure hydrothérapique. Du reste, ajoute l'autour, l'eau tiède elle-même, sous forme de bains et de douches, produit cette excitation, ainsi que l'a démontré M. de Ranse, médecin aux eaux de Néris.

Nous ne pensons pas que pareille conclusion puisse être tirée des travaux publiés par l'honorable rédacteur en chef de ce journal, sur les eaux de Néris. M. De Ranse a bien dit que cette eau minérale en applications externes donnait lieu à des phénomènes d'excitation, mais il n'a pas ajouté que l'eau tiède avait des propriétés semblables; nous avons lieu de croire qu'il professe au contraire une opinion tout opposée, et que le but de ses expériences est surtout de démontrer que l'eau thermale de Néris a une action physiologique et thérapeutique différente de celle de l'eau tiède ordinaire.

JOAL.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE.— On nous annonce la mort de M. le docteur Rabut, médecin de la marine.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Manœuvres obstétricales.* — Les démonstrations générales seront faites par M. Budin, agrégé, au grand amphithéâtre de l'École pratique. Les répétitions auront lieu au pavillon numéro 6. MM. les élèves qui se sont fait inscrire au bureau du chef du matériel pour prendre part aux manœuvres obstétricales devront se trouver tous au grand amphithéâtre de l'École pratique, le mardi 30 mai, à trois heures.

* * *

CONCOURS DES ACCOUCHEURS. — Seuls ont été admis à subir les épreuves définitives, MM. les docteurs Budin, Porak, Pinard, Ribemont, Doléris, Champetier de Ribes, Bar, Loriot Maygrier, Schweile, Martel et Carafi.

Les questions suivantes ont été données :

A. Pour l'épreuve orale : 1° De l'accouchement dans les positions occipito-postérieures; 2° des affections abdominales qui peuvent simuler la grossesse; 3° du cancer du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

B. Pour l'épreuve de chirurgie : 1° Ligature de l'artère crurale au tiers supérieur de la cuisse, 2° désarticulation radio-carpienne.

* * *

CONCOURS. — Les candidats du deuxième concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central qui doit s'ouvrir le 1er juin prochain sont MM. les docteurs Ballet, Barié, Barth, Benoît, Béringier, Bourceret, Brault, Brissaud, Buzet, Cadiat, Carrière, Chauffard, Chouppe, de Beurmann, Decaisne, Dejérine, Dreyfous, Eloy, Gombault, Edgar Hirtz, Hippolyte Hirtz, Jean, Jozias, Lataste, Leduc, Legendre, Charles Leroux, Henri Leroux, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Rivet, Robin, Talamon et Tapret.

Le jury se composera de MM. Hillairet, Cazalis, Grancher, Moissenet, Luys, Triboulet et Berger.

— Au premier concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, ont été seuls admis à subir les épreuves définitives les dix candidats dont les noms suivent : MM. Moizard, Barth, Brissaud, Déjerine, Gombault, Barré, Letulle, Merklen, Oulmont et Renault.

* * *

STATUE PINEL. — Sur le rapport de M. le docteur P. Dubois, le Conseil municipal a voté, dans la séance du 17 de ce mois, une somme de 4,589 francs pour la construction du piédestal sur lequel doit reposer la statue de Philippe Pinel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82

88. M. Debrie.—Les polypes fibro-angiomateux de la région naso-pharyngienne.—89. M. Galiberne. Traitement des loupes, accidents et complications.—90 M. Dantin. Etude sur l'épithélium ovarien. —91. M. La Fille. Contre-indications de l'extraction des balles de revolver.—92. M. Larat. Etude sur le bubon syphilitique suppuré. —93. M. Dupont. Essai sur la syphilis laryngée.— 94. M. Chodorowski. Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales éphémères. — 95. M. Godefroy. Contribution à l'étude des kystes des os.—96. M. Castaneda. Des kystes du ligament large.—97. M. Catois. Etude sur le sycosis. — 98. M. Mouriey. Des kystes de la grande lèvre et de leur traitement par la ligature élastique. — 99. M. Cayla. Ovariotomie pendant la grossesse. — 100. M. Colombe. De l'aphasie. — 101. M. Bujeau. Essai sur les épanchements traumatiques de sérosité sous-aponévrotiques et profonds. — 102. M. Oudiné. Etude sur la congestion rachidienne de cause menstruelle. — 103. M. Aubeuf. Contribution à l'étude de l'hygiène et des maladies dans l'Inde. — 104. M. Veil. Etude sur la pathologie des ascites chyliformes. — 105. M. Boucbé. Du glaucome et de son traitement par la sclérotomie. — 106. M. Bernheim. Contribution à la syphilis du cerveau. — 107. M. Cotilleau. Recherches

sur le diagnostic des arthrites rhumatismales de la région cervicale. — 108. M. Gendron. Conjonctivite granuleuse. — Etiologie et traitement des conjonctivites granuleuses contractées à Cattaro (Autriche), à bord des cuirassés le *Suffren* et le *Friedland*. — 109. M. Havage. Etude clinique sur les tumeurs et les os du bassin.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 12 MAI AU JEUDI 18 MAI 1882.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 20. — Rougeole 33. — Scarlatine 9. — Coqueluche 0. — Dipthérie, croup 68. — Dysenterie 1. — Erysipèle 12. — Méningite (tubercul. et aiguë) 58. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 236. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 73. — Malformation et débilité des âges extrêmes 48. — Bronchite aiguë 27. — Pneumonie 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 48. — au sein et mixte 27. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 83. — de l'appareil circulatoire 60. — de l'appareil respiratoire 51. — de l'appareil digestif 43. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 38. — Causes non classées 12. — Total de la semaine : 1,140 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE L'EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ AU POINT DE VUE MÉDICAL ET THÉRAPEUTIQUE, par le docteur G. Bardet. In-8, avec 41 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACOLOGIE, DE TOXICOLOGIE ET DES EAUX MINÉRALES, par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; avec de nombreuses figures dans le texte, Premier fascicule, petit in-4 de 100 pages, imprimé à deux colonnes. Prix : 5 fr. L'ouvrage sera complet en douze fascicules qui paraîtront de quatre en quatre mois tres régulièrement. — A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

MÉMOIRES D'UN MICROBE, par le docteur Wiart (de Caen), 2e édition. In-12, 1882. — Prix : 2 fr. — Librairie Alexandre Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

L'OBÉSITÉ ET SON TRAITEMENT, par le docteur de Saint-Germain, chirurgien des hopitaux. — Prix : 1 fr. — Librairie Alexandre Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

LA TECHNIQUE DE LA PALPATION ET DE LA PERCUSSION, par le docteur Ch. Lasègue, professeur de clinique medicale a la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, etc., et le docteur J. Grancher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Une brochure in-8 avec figures. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie Asselin et Cie, place de l'École-de-Médecine, Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 22 3 JUIN 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 1er juin 1882.

Académie de médecine : LA FOLIE ET LE DIVORCE.

Dans un discours récent, accueilli par des applaudissements chaleureux, M. Blanche avait développé devant l'Académie les raisons qui lui font repousser l'aliénation mentale comme cause de divorce. M. Luys a jugé bon de faire connaître sa manière un peu différente d'envisager la solution d'un problème qui soulève des difficultés très délicates.

De part et d'autre on a invoqué tour à tour des raisons d'ordre sentimental et des arguments scientifiques. M. Blanche a montré dans le divorce une aggravation imméritée du malheur qui frappe l'individu privé de raison, et il a défendu sa these de manière à soulever l'approbation des hommes de cœur. M. Luys a répondu en plaidant la défense des intérêts non moins légitimes de celui des deux conjoints que la folie de l'autre condamne à une situation anormale dans la société ; la froide impartialité ne saurait condamner son argumentation. M. Blanche avait fait ressortir encore qu'il est le plus souvent impossible, dans l'état actuel de la science, de se prononcer sur le pronostic de la folie, et il citait tel cas où une affection mentale, après avoir parcouru un long cycle d'années, avait été suivie d'un retour définitif à la raison. M. Luys est moins réservé sur cette question de pronostic. Pour lui la démence, quelle que soit ses allures, est devenue incurable après une certaine durée, quatre ans chez l'homme, cinq ans chez la femme qui peut retirer une influence salutaire des perturbations menstruelles. Ces données, que M. Luys a puisées dans son expérience personnelle, qui est grande en pareille matière, il aura peut-être de la peine à les imposer comme des limites d'une valeur même relative. On peut s'attendre à voir ces assertions soulever des contradictions nombreuses, car dans le domaine de la psychiâtrie tout n'est encore qu'incertitude. Cette incertitude ne se reflétait-elle pas dans le langage si imagé dans lequel M. Luys a expliqué pourquoi, selon lui, la folie est incurable au-delà d'une certaine durée ? Parler, comme il l'a fait, des processus congestifs qui sous forme de courants sanguins déchaînés frappent à intervalles plus ou moins rapprochés le substratum de l'intelligence pour aboutir au naufrage de la raison et à l'exil définitif de la vie sociale, c'est tracer d'une main hardie une esquisse éblouissante des ravages qui, chez beaucoup de déments, éteignent peu à peu le flambeau de la raison. Mais comme l'anatomie pathologique nous laisse des doutes sur l'exactitude de cette description, où la rigueur scientifique s'efface trop derrière l'éclat littéraire.

Toujours est-il que M. Luys veut que la folie puisse être, *en de certains cas déterminés* un motif de divorce. Ces cas, ce sont précisément ceux où la folie sera déclarée incurable. Mais qui se prononcera sur cette question délicate dont M. Blanche considère la solution comme douteuse, et que deviendra l'aliéné, abandonné comme un étranger gênant par ceux qui lui devaient avant tous autres assistance et consolation ? M. Luys croit avoir paré à tontes les difficultés de la situation. Il commence par réclamer des garanties financières destinées à assurer la vie de l'aliéné contre lequel est introduit une demande de divorce ; c'est là consacrer une inégalité cho-

FEUILLETON

VI. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes-rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Les institutions de bienfaisance. — Leur lente dégradation. — Les aveugles en Chine. — Blind-houses. — Oldwomen-houses.

Les institutions de bienfaisance abondent en Chine, et l'on ne peut s'empêcher d'admirer les principes élevés et les combinaisons ingénieuses qui ont présidé à leur installation. Mais, lorsqu'on en approche, on éprouve des sentiments tout autres.

C'est un singulier peuple, en vérité. Froid, pratique, laborieux, économe, l'imagination ne joue qu'un bien faible rôle dans ses actes comme dans ses conceptions. Nul autre, cependant, ne sacrifie autant aux apparences.

Les murailles qui enveloppent les villes d'une certaine hiérarchie sont toujours debout. Leurs créneaux se profilent à l'horizon ; leurs portes étroites et défilées ont conservé leurs arceaux. Mais les briques se délitent et disparaissent, les pierres se disjoignent, les frontons se lézardent, et nulle trace ne s aperçoit de réparation ou d'entretien. Sur les vides et les fentes de ces orgueilleuses constructions, l'herbe et les arbrisseaux qui prospèrent témoignent d'un abandon définitif.

Les rues sont toutes munies encore de leurs drainages, mais les voutes s'en effondrent, les éboulements les obstruent ou leur radier est à ciel ouvert. Les chemins étroits qui traversent les champs ou longent les canaux montrent encore les dalles qui en assuraient le parcours. Mais les unes s'enfoncent dans le sol, les autres redressent leurs angles aigus, et lorsqu'on les suit en brouette, seul mode de locomotion terrestre, avec la chaise à porteurs, on est secoué comme des noix dans un panier.

Il en est de même des institutions.

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février, 18 mars et 8 avril.

quante, en réservant les avantages de la législation nouvelle aux favorisés de la fortune. M. Lnys prévoit ensuite, sans les résoudre, les difficultés de procédure inhérentes à la situation spéciale de l'aliéné, contre lequel on plaide sans qu'il puisse participer à sa défense et qui, en cas de retour à la raison, se retrouvera en face de lui-même, divorcé sans le savoir. L'éminent aliéniste s'en remet, pour la solution de ces difficultés, à la sagacité des hommes de loi. Enfin, pour prononcer sur l'incurabilité de la folie dans un cas déterminé, il propose de soumettre la question à une commission arbitrale composée de trois médecins aliénistes, attachés à des asiles publics ou privés, et qui auraient pour mission de se rendre une fois par mois, pendant une année, auprès du dément, pour s'enquérir de l'évolution de la maladie et prononcer en connaissance de cause sur la marche progressive ou rétrograde de la folie et sur le sort définitif du malade.

Nous supposons aux médecins des asiles, publics et privés, un désintéressement et une incorruptibilité égaux à la compétence que leur attribue M. Luys. Mais quel dévouement il leur faudra pour, à travers leurs occupations professionnelles de tont ordre, entreprendre ces pérignations mensuelles et poursuivre, pendant une année et plus, une enquête minutieuse, de façon à prononcer une sentence irrévocable, sans laisser de place aux moindre scrupule de conscience. Nous n'avons fait qu'indiquer les objections que soulève la proposition de M. Lnys. Quand on réfléchit tant soit peu aux difficultés pratiques de la solution qu'il propose, on applaudit sans réserve à l'exclusivisme de ceux qui, comme M. Blanche et M. Charcot, n'ont voulu de la folie à aucun titre comme cause de divorce.

E. Ricklin.

RECTIFICATION. — Le dernier compte rendu de la Société de chirurgie contient la relation d'expériences sur la résorption des os, faites par *MM. Lannelongue et Vidal.* C'est par suite d'un oubli involontaire que le nom de *M. Vidal* n'a pas été mentionné.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Diathèses par anomalie de l'assimilation (obésité, uricémie, diabète), par le docteur Durand-Fardel.

(Lu à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 25 mars 1882)

Tout mode de l'organisme qui suppose une altération durable ou définitive, *totius substantiæ*, est une diathèse ou un empoisonnement.

Ceux-ci, virulents, comme nous supposons la syphilis, organisés, comme le serait le bacillus de la malaria, ou inorganiques, tels que les poisons minéraux, se distinguent des diathèses par leur origine, mais abontissent à des états analogues.

Je vous entretiendrai de diathèses classiques qui me paraissent constituer une famille à part dans ces grands états de l'organisme, origine et entretien des maladies chroniques, une foule de caractères communs les rapprochant et les rassemblant dans un groupe distinct.

Il s'agit de l'obésité, de l'uricémie et du diabète, que j'appelle *diathèses par anomalie de l'assimilation.*

Il est nécessaire, pour en préciser le caractère, de rappeler quelques points de physiologie.

L'alimentation introduit dans l'économie trois principes différents destinés à fournir les éléments de la nutrition ou de l'assimilation, les principes albuminoïdes, les principes gras et les principes sucrés.

Ces principes sont caractérisés par ceci : qu'ils ne peuvent servir qu'après avoir subi des transformations qui sont précisément l'œuvre de la nutrition. Les principes inorganiques introduits par l'alimentation ne sont pas, à proprement parler, étrangers à la nutrition, puisqu'ils viennent prendre leur part à la constitution des parties de l'organisme ; ainsi le fer à la constitution des hématies, le phosphore à celle des os et de certains tissus, le chlorure de sodium à celle du plasma. Mais ce qui distingue ces principes des précédents, c'est que l'économie les utilise sans leur faire subir de transformations, sans pouvoir les reproduire elle-même, et sous une forme qui ne diffère que peu de celle sous laquelle ils étaient entrés.

Parmi les principes alimentaires destinés à la nutrition, les rôles sont différents. Les albuminoïdes servent directement

Il fut un temps sans doute où l'ordre matériel, comme l'ordre moral, régnait dans cet empire immense, le plus vaste qu'une main humaine ait jamais dirigé. Les tableaux merveilleux qu'en a tracés Marco Polo en sont un témoignage, que sa durée même vient encore certifier à nos yeux. Mais la sagesse de Confucius, pas plus que le culte de Bouddah, n'a pu en empêcher la déchéance.

Les institutions de bienfaisance sont la vivante image de cette ancienne grandeur et de cette lente dégradation. Leur institution peut-être, mais leur entretien surtout, étaient l'œuvre commune du gouvernement et de la Société, allocations officielles et contributions volontaires. L'amoindrissement de la richesse gouvernementale, le relâchement du pouvoir central, l'absence de tout contrôle, le grapillage des mandarins; d'un autre côté le raleotissement, puis l'épuisement des bonnes volontés privées, ont réduit peu à peu la plupart au moins de ces institutions à l'état misérable où nous les voyons aujourd'hui.

J'allais avoir l'occasion d'en juger moi-même à Canton, où je devais retrouver cependant les plus brillants vestiges de la Chine d'autrefois, et où, malgré bien des vicissitudes, et malgré les récentes blessures que lui a infligées la main pesante de l'Occident la race chinoise se dresse encore dans toute sa splendeur et dan sa fierté native, qu'elle n'avait courbée qu'en apparence sous la race victorieuse des conquérants Maotchoux.

J'avais à visiter le refuge des aveugles, le refuge des vieilles femmes, celui des vieux hommes et la maison des enfants trouvés.

Tous ces établissements sont situés dans la même région, à deux ou trois kilomètres les uns des autres, au nord-est de la ville, parmi des campagnes riantes, légèrement ondulées, soigneusement cultivées, arrosées avec luxe et parsemées de frais ombrages. J'étais porté dans une des chaises du consulat, accompagné du premier *boy*, qui parlait un peu le français et l'anglais.

Le refuge des aveugles (*blind-houses*) (1) est presque aux portes de la ville. A l'extrémité d'un faubourg extérieur au rempart, alors qu'on a mis un pied dans la campagne, suivant une rue bordée de

(1) Comme le chinois est très difficile à prononcer, et surtout à écrire, et demeure étranger à l'immense majorité des résidents, les dénominations typiques sont toutes empruntées à la langue anglaise.

à la rénovation des tissus. Les principes gras et sucrés servent à l'entretien de la chaleur animale. Et, tandis que les premiers s'utilisent au fur et à mesure de leur introduction, les autres s'amassent et forment comme des approvisionnements, témoignant ainsi de la nécessité première et incessante de la chaleur intérieure pour l'entretien de la vie. De telle sorte qu'à défaut d'introduction de tous ces éléments de la nutrition, celle-ci peut encore s'opérer, pour ce qui concerne les albuminoïdes, sur elle-même en quelque sorte, faisant reservir les mêmes matériaux, comme, dans l'industrie, on utilise les déchets jusqu'à extinction de principes utilisables, tandis que, pour l'entretien de la chaleur animale, elle n'a qu'à s'adresser aux dépôts, soit de glycogène, qu'elle trouve surtout dans le foie, mais sans doute encore ailleurs, soit de graisse dans les interstices des tissus.

Il est vrai que cette répartition des principes immédiats fournis par l'alimentation n'a rien d'absolu, et que ni les albuminoïdes ne sont étrangers à l'entretien de la chaleur animale, ni les graisses et les sucres à la rénovation des tissus. Il est vrai encore que les uns et les autres de ces principes ne semblent fournir que d'une manière indirecte à la reproduction des matériaux congénères de l'économie.

Cependant les résultats de l'observation hygiénique et de l'observation clinique me paraissent autoriser à négliger dans les déductions qui vont suivre les données d'une physiologie encore très imparfaite.

Il est des états de l'organisme dans lesquels on voit quelques-uns de ces principes azotés, gras ou sucrés, échapper aux transformations auxquelles ils sont destinés, et s'amasser dans l'économie pour y devenir par eux-mêmes la cause de désordres variés.

Ces états sont l'obésité, l'uricémie (comprenant la goutte et la gravelle urique) et le diabète.

Ces divers états présentent entre eux les plus grandes analogies sous le rapport de la pathogénie, de l'étiologie, des circonstances pathologiques et des indications thérapeutiques. Ce sont ces rapprochements que je me propose d'exposer devant vous.

Il s'agit donc de principes normaux de l'économie, gras, albuminoïdes ou sucrés qui, au lieu de subir les transformations auxquelles ils sont appropriés pour que les déchets en soient expulsés sous forme d'eau, d'acide carbonique, d'acide urique, etc., se trouvent retenus et encombrent le système.

D'où provient cet encombrement? Il peut provenir de l'une des trois circonstances suivantes :

Les éléments alimentaires de ces principes ont été introduits en excès.

Ils se sont produits en excès dans l'économie elle-même.

Le travail de leur utilisation ou de leur combustion s'est trouvé enrayé.

Tels sont les trois termes du problème pathogénique à résoudre. Ces trois solutions peuvent être regardées comme admissibles, soit séparément, soit simultanément.

Il est incontestable qu'une introduction excessive de telle ou telle série alimentaire peut occasionner l'accumulation dans l'économie de principes azotés, gras ou sucrés. L'influence immédiatement ressentie des écarts de régime, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique, le démontre. On peut déterminer une glycosurie passagère en introduisant un excès de sucre. On voit les déchets azotés abonder dans l'urine à la suite d'un régime trop substantiel. Dans l'état physiologique, ces déchets produits en excès sont rejetés d'abord sans avoir causé de dommage. A l'état pathologique, il n'en est pas de même. L'introduction de sucre ou d'aliments azotés peut déterminer instantanément l'exacerbation de symptômes diabétiques ou uricémiques, comme leur suppression être suivie de leur atténuation ou de leur disparition.

Il paraît que dans certaines conditions, l'économie est le siége d'une production intrinsèque de ces mêmes principes que nous n'avons encore envisagés qu'au point de vue de l'introduction alimentaire; il semble se développer à leur sujet une activité de production extra-physiologique. Je n'insisterai pas sur ce qu'on a appelé l'irritation ou la suractivité glycogénique du foie (Cl. Bernard, Vulpian, Lecorché) parce que, sans en contester la réalité dans une certaine mesure, je ne suis nullement édifié au sujet du rôle qu'on lui a attribué dans le diabète; mais il est admis qu'il peut se faire du sucre et de la graisse par dédoublement des principes albuminoïdes, et que ceux-ci peuvent également emprunter aux précédents des éléments de reconstitution.

Mais ce qui joue certainement le rôle principal dans tous ces états, je ne dis pas un rôle exclusif, c'est le retard ou l'obstacle apporté à l'utilisation de ces principes, c'est-à-dire à leur

---

murs et de quelques habitations misérables, on tombe sur une place étroite où l'on se trouve en face d'un petit temple, ou plutôt une chapelle, semblable à une boutique de foire, toute encombrée de lanternes et de toutes sortes d'ustensiles. Sur cette petite place, s'ouvrent quatre ruelles, deux de chaque côté, de moins de deux mètres de large, boueuses, crevassées, sordides, où des porcs immondes vous disputent le passage, le long desquelles s'ouvrent les demeures des aveugles, c'est-à-dire de vrais chenils. Ces réduits, qui n'ont d'autre ouverture qu'une porte étroite, offrent, dans leur obscurité, le chaos le plus immonde de meubles et d'ustensiles brisés, de haillons et de choses infectes. Quelquefois une figure hideuse se détache dans le fond, les yeux glauques et l'air idiot, immobile. Çà et là quelques jeunes filles aveugles offrent un spectacle moins repoussant. Dans quelques-uns de ces bouges se trouvaient des hommes ou des femmes, des parents sans doute ou des gens charitables, qui apportaient quelque nourriture à ces misérables, du lard, du riz; car les aveugles ne trouvent là qu'un abri.

Il y avait une cinquantaine de réduits, tous pareils, quelques-uns tombant en ruine. Un fort petit nombre était habité, et sans doute seulement par les invalides, car leurs habitants passent la journée à mendier par la ville, et ne rentrent dans leur bouge qu'à la nuit. Il est difficile de rendre le sentiment d'horreur et de pitié que laisse une visite aux *blind-houses*.

Le nombre des aveugles est très considérable en Chine, comme dans toutes les régions de l'extrême-Orient. Il s'explique ici par les ravages qu'exercent la syphilis, la scrofule, la variole, sans doute l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, et par l'absence complète de toute intervention de la médecine chinoise. On rencontre à chaque pas, dans les rues de Canton, surtout dans les quartiers les plus populeux et les plus riches, des files d'aveugles, au nombre de six, huit ou dix, attachés les uns aux autres, menés par un enfant voyant ou par un aveugle muni d'un long bâton. Ils entrent dans les boutiques, les plus luxueuses de préférence, s'assoient par terre en rond et font avec des ferrailles qu'ils portent avec eux un charivari qu'ils ne cessent qu'après avoir reçu une aumône quelconque. Il est interdit de les mettre dehors avant d'avoir donné satisfaction à ce privilége formel.

Les refuges des vieillards, c'est Bicêtre et la Salpêtrière, moins les aliénés. Comme ces deux grands asyles, ce sont de véritables

oxydation ou à leur combustion, puisque telle est la forme sous laquelle ils nous paraissent utilisés.

Ainsi donc ces principes, que nous voyons encombrer ou saturer l'économie, à titre de matières étrangères, bien que en réalité normales, graisse, sucre, acide urique, ont été introduits sous forme alimentaire, soit en excès, soit dans des proportions ordinaires; — ils peuvent encore s'être produits en excès dans l'économie elle-même ; — enfin ils n'ont pas été utilisés, soit que leur proportion ait dépassé les facultés d'assimilation, soit par suite d'un retardement ou d'un amoindrissement de l'activité assimilatrice.

Je vous présente ici la physiologie pathogénique de ces faits sous une forme très simple, comme je vous présenterai tout à l'heure leur pathologie sous une forme très simple. Ce n'est pas, je vous prie d'en être assurés, que je suppose que les choses se passent effectivement avec une telle simplicité. Mais je ne puis mieux faire que de raisonner sur ce que nous voyons et ce que nous savons; ou plutôt je me contente de constater ce qui est accessible à notre observation. Observer et expliquer sont deux choses.

Pourquoi cette interruption dans l'utilisation ou la combustion régulière des principes ternaires ou quaternaires ? Nous trouvons bien quelques circonstances étiologiques à invoquer; mais elles ne feront que reculer un peu la difficulté, puisqu'elles n'agissent que sur un nombre très restreint des individus qui y ont été soumis. Et en réalité nous ne pouvons expliquer pourquoi tel obèse ou tel diabétique ne parvient pas à brûler toute sa graisse ou son sucre.

Ce qui frappe d'abord, dans les conditions pathologiques des diathèses par anomalie de l'assimilation, c'est de voir un principe normal de l'économie devenir la matière de la maladie, c'est-à-dire la cause la plus immédiate et la plus saisissable des troubles fonctionnels et organiques qui la constituent.

Le cas le plus simple est celui de l'obésité. Nous connaissons peu les conditions du sang chez les obèses. Nous voyons seulement que la graisse s'amasse à l'entour des organes et dans les interstices des tissus. Ce n'est que dans des cas extrêmes qu'elle vient s'incorporer aux tissus eux-mêmes et s'y substituer. Les dépôts graisseux n'agissent donc qu'en comprimant les tissus et les organes, en gênant leur jeu ; en un mot leur action paraît être à peu près exclusivement mécanique.

Il n'en est plus de même au sujet de l'uricémie. Ici nous rencontrons deux états différents, la gravelle urique et la goutte.

Dans les deux cas, l'acide urique existe en excès dans l'économie. Mais, dans la gravelle, il suit une voie d'élection et est rejeté au dehors. Il ne se forme pas dans le rein qu'il ne fait que traverser; il existait dans le sang. Et, comme il paraît éliminé du milieu sanguin au fur et à mesure de sa formation, la santé n'en est pas altérée. Les graveleux uriques ne sont pas, à proprement parler, malades, quelle que soit la quantité d'acide urique qu'ils éliminent. Mais lorsque ce produit de l'assimilation, ou pour mieux dire de la désassimilation, s'arrête dans le rein, il s'y agrège, et par sa stagnation, par la forme ou le volume qu'il y prend, offense les organes qu'il a à traverser. Mais il ne s'agit là que d'une sorte de traumatisme.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Maladies du tube digestif

DEUX CAS DE RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE, par le docteur BOYD. (MEDICAL TIMES AND GAZETTE, 20 mai 1882.)

Dans le premier cas il s'agit d'une jeune femme de 18 ans; amenée mourante à l'University College hospital, dans le service de M. Heath. Ce qui dominait chez elle, c'étaient des vomissements opiniâtres et des plus pénibles. Il n'y avait ni dyspnée, ni emphysème sous-cutané.

A l'autopsie, on trouva, dans la cavité pleurale gauche, environ deux onces d'un liquide sanguinolent, non mélangé de détritus alimentaires. Ce sang provenait, suivant toutes les apparences, d'une déchirure siégeant sur le côté gauche de l'œsophage. La longueur de cette déchirure était d'environ cinq centimètres ; ses bords étaient nets, non déchiquetés. La membrane muqueuse était complètement détruite dans leur voisinage ; il en était de même de la portion correspondante de

cités séparées, avec de larges rues, demeures silencieuses où des passés qu'on ignore viennent rejoindre paisiblement des avenirs qu'on ne connaît point.

Le refuge des vieilles femmes (*Old women houses*) est à peu de distance de celui des aveugles. On croit être en pleine campagne, mais on touche aux remparts mêmes : quelques-uns des murs de l'établissement donnant sur les prairies et les jardins qui séparent ici le faubourg de la muraille d'enceinte sont crénelés comme cellec-ci. L'établissement lui-même est ouvert de différents côtés par des issues étroites ; mais l'accès principal aboutit à une porte monumentale qui n'est pas dépourvue de caractère. L'enceinte est vaste et sillonnée d'un grand nombre de rues assez larges et droites, dallées régulièrement avec une rigole au milieu. Ces rues sont bordées de chaque côté d'habitations accolées, assez semblables les unes aux autres, sans étages, composées d'une chambre vaste et carrée, au niveau du sol, avec une fenêtre à côté de la porte, et, pour la plupart, au fond, une autre porte donnant sur une cour ou un petit préau. Ces chambres sont plus ou moins meublées, comme peuvent l'être des chambres chinoises; quelques-unes en grand désordre, la plupart propres et rangées.

Les bonnes femmes sont dans leur chambre, ou assises à leur porte; la plupart travaillent à des paniers grossiers ou taillent de petits morceaux de bois. Il n'y a pas de cochons, comme chez les aveugles, mais des poules en quantité, courant et picotant dedans, dehors. Auprès de ces vieilles, quelques jeunes femmes et des enfants qui viennent les visiter. Quelques têtes sont assez hideuses; mais la plupart ont de bonnes figures. Elles me font au passage du *tsin-tsin* d'un air de bonne humeur. On leur fait quelques distributions de riz, mais elles vivent surtout de ce qu'on leur apporte du dehors. L'impression générale est satisfaisante et repose de l'affreux spectacle qu'offrent les *blind houses*. L'établissement est vaste, aéré, et la misère n'y a rien de repoussant.

(A suivre.)

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE.—Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie s'ouvrira à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble le 1er novembre prochain.

la plèvre. Les capsules surrénales étaient notablement hypertrophiées et présentaient à la coupe une coloration jaunâtre. L'examen microscopique y révéla la présence d'un tissu nouveau composé surtout de cellules rondes contenant beaucoup de granulations et de noyaux marginaux. L'avis de plusieurs histologistes consultés à cet égard est qu'il s'agissait là de productions tuberculeuses. De l'enquête à laquelle l'auteur s'est livré sur les antécédents de la jeune femme, il résulte qu'elle avait offert depuis sept mois les symptômes de la maladie d'Adison. Quant à la rupture de l'œsophage, ses caractères et sa forme indiquent bien qu'elle s'était produite avant la mort. Zenken et Ziemssen ont décrit, dans les cas de ce genre une douleur subite, la cessation des vomissements, l'emphysème sous-cutané, le collapsus et la suppression des urines. Comme aucun de ces symptômes n'est survenu dans le cas que nous venons de rapporter, l'auteur suppose que la rupture a dû se produire peu de temps avant la mort.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un petit enfant de quatre mois, malade depuis plusieurs semaines. Il avait d'abord été atteint d'un érysipèle, puis d'une péritonite consécutive à une opération pratiquée dans le but de favoriser la descente du testicule. Environ deux heures avant sa mort, il fut pris de dyspnée, et succomba finalement dans un accès de suffocation peu de temps après avoir avalé encore un peu d'eau-de-vie et de lait.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre *droite* environ une once d'un liquide limpide fortement coloré en rouge par le sang et ne contenant aucune trace de lait ou d'aucune autre substance alimentaire. Il y avait collapsus partiel des deux poumons. Les lobes inférieur et moyen du poumon droit offraient une coloration très rouge et étaient parsemés de pétéchies; dans le voisinage du hile existaient des hémorragies sous-pleurales. En exerçant des pressions sur l'œsophage, on déterminait un bruit de gargouillement dû au passage de l'air à travers une petite perforation qui établissait une communication entre la cavité pleurale et le tube digestif. Cette perforation avait environ deux millimètres de hauteur; à ses bords adhéraient quelques petits caillots évidemment antérieurs à la mort.

Ces deux faits prouvent combien la rupture de l'œsophage, malgré les signes classiques qu'on lui a décrits, peut être difficile à reconnaître dans certains cas.

Perforation du rectum dans le cours d'une fièvre typhoïde, par le docteur J. Coekle.

Il s'agit d'une femme de 28 ans admise à l'hôpital dans le second septénaire d'une fièvre typhoïde. Vers la quatrième semaine, pendant une forte quinte de toux, elle ressentit tout à coup une douleur aiguë dans la partie inférieure de l'abdomen. Vingt-quatre heures plus tard, elle mourait dans le coma.

A l'autopsie on trouva, à trois pieds au-dessus de la valvule iléo-cæcale, dans l'intestin grêle, des traces d'ulcérations typhoïdes cicatrisées; plus bas, il y avait un grand nombre de plaques de Peyer ulcérées. Le colon, dans toute sa longueur, était également recouvert d'ulcérations, et sa tunique musculeuse était devenue extrêmement friable. Au niveau de l'S iliaque, les ulcérations étaient plus petites, mais encore plus nombreuses. Enfin, à la partie supérieure du rectum, existait une large déchirure, qui s'était évidemment faite pendant la quinte de toux.

(The Lancet, février 1882.)

Hernie ombilicale épiploïque irréductible. Herniotomie préventive. — Excision de l'épiploon. — Ligature du sac seul. Guérison complète, par le docteur Rushton Parker.

Il s'agit d'une femme de 57 ans, atteinte d'une hernie ombilicale dont le volume égalait celui d'un œuf de poule. Après avoir sectionné les portions adhérentes de l'épiploon, le chirurgien y plaça des ligatures de catgut. Mais, la totalité de la masse n'étant pas réductible, le pédicule fut lié en plusieurs points avec du catgut phéniqué, ce qui permit de couper la partie exubérante de la masse et de refouler le moignon à l'intérieur de la cavité abdominale. Le sac péritonéal fut ensuite fixé au bord interne de la plaie, lié par deux fortes ligatures, puis excisé. Le pansement employé fut le pansement de Lister. Quinze jours après l'opération, la cicatrisation était presque complète et, peu de temps après, la malade quittait l'hôpital. Deux mois plus tard, elle revenait pour se faire examiner. On constatait alors l'existence d'une cicatrice blanchâtre, fortement déprimée et adhérant solidement aux parties les plus profondes de l'omhilic. En somme, le résultat final a été des plus satisfaisants.

(Medical Times and Gazette, 27 mai 1882.)

Dr Gaston Decaisne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1o Des lettres de candidature de MM. G. Bouchardat fils et Oumus pour la section de physique et de chimie.

2o Un mémoire manuscrit, intitulé : *Du sevrage et de son étude comparée dans les différentes régions de la France.* (Prix de l'hygiène de l'enfance.)

3o Un recueil de divers travaux de M. le docteur Ch. Brame (de Tours) pour le concours du prix Amussat.

4o Une note de M. Béchamp, membre correspondant, en réponse à la communication faite dans la dernière séance par M. Gautier. Cette note est intitulée : *Sur la cause des transformations moléculaires chimiques, physiologiques et histologiques dans les êtres vivants, ou remarques concernant la réponse de M. Armand Gautier.*

« M. Gautier, dit en terminant M. Béchamp, croit à la vie du protoplasma après la mort de l'organisme, c'est bien. Mais cela résulte de mes démonstrations et est contraire à la doctrine de Cuvier que j'ai citée; mais alors, si M. Gautier ne voit dans le protoplasma rien de structuré, s'il n'est qu'un amas de principes immédiats, c'est qu'un mélange de composés chimiques, un composé chimique isolé doit, selon lui, être réputé vivant! Si donc le protoplasma isolé des cellules pepsigènes est vivant, les granulations de M. Gautier le sont, car M. Gautier a dit que la pepsine insoluble était formée de corpuscules de protoplasma, et comme, selon lui, ces corpuscules deviennent insolubles par hydratation, il en résulte qu'un être vivant peut se dissoudre! Je n'insiste pas, et, en finissant, je prie M. Gautier d'avoir la bonté de lire attentivement ce que j'ai écrit sur les microzymas et tout ce qui s'y rattache, même les notes sur les maladies des vers à soie, depuis 1866 jusqu'à aujourd'hui, en y comprenant mes dernières communications à l'Académie de médecine. »

— M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage un exemplaire du tome II (deuxième édition) de son grand ouvrage intitulé : *Leçons de clinique thérapeutique*, professées à l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le docteur Eug. Carpentier-Méricourt. — Traitement des maladies du foie, des reins, des poumons, de la plèvre, du larynx et du pharynx.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. Georges Karanutzas, doyen de la Faculté de médecine d'Athènes, un mémoire écrit en langue grecque et intitulé : *De la fièvre hémosphérinurique palustre.*

M. Larrey présente : 1o au nom de M. le docteur Bertberand (d'Alger), une brochure intitulée : *Le noyau de dattes au point de vue des propriétés alimentaires, thérapeutiques et industrielles, notamment de la falsification du café*; 2o au nom de M. le docteur Védrènes, médecin de 1re classe, une brochure intitulée : *Orchite ourlienne* observée en 1801 à l'Ecole polytechnique dans le cours d'une épidémie d'oreillons.

— M. Gustave Lagneau donne lecture de la deuxième conclusion de son rapport lu à la précédente séance : *Demander au ministre de la guerre de vouloir bien à l'avenir charger le Conseil de santé des armées de faire rassembler et coordonner par l'auteur tous les documents statistiques relatifs aux opérations du recrutement.*

M. Lagneau ajoute que, tout en se bornant à cette simple conclusion, puisque l'Académie a paru désirer qu'on indiquât les recherches qu'il serait désirable de voir faire lors du recrutement, il pense que, non seulement tous les documents actuellement publiés par département devraient être publiés par cantons, mais qu'il importerait qu'à côté du nombre des jeunes hommes, on fît mention du nombre des naissances masculines légitimes et illégitimes vingt et uns auparavant, afin de pouvoir apprécier la mortalité de 0 à 20 ans accomplis, mortalité qui, selon MM. Chenu et Ely, s'élèverait à 74 p. 100 pour les jeunes gens illégitimes.

Autant que possible, il importerait également qu'on relatât la taille, le périmètre thoracique et toutes les infirmités de tous les jeunes hommes, qu'ils soient aptes au service actif, qu'ils soient ajournés ou qu'ils soient exemptés, afin qu'on fût à même d'apprécier exactement les aptitudes physiques ou les défectuosités morbides des populations, afin qu'on pût rechercher les conditions ethniques paraissant en rapport avec les aptitudes, et déterminer les causes topographiques, hygiéniques, professionnelles paraissant occasionner ces défectuosités.

Il importerait que, tous les dix ans, on résumât par cantons les données statistiques, afin de mettre en évidence les résultats différentiels les plus probants.

L'Académie, consultée, vote la conclusion du rapport de M. Lagneau.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national (quatrième division).

Voici le classement des candidats : En première ligne, M. Boudier; — en deuxième ligne, M. Garreau (de Lille); — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Audouard et Husson.

Le nombre des votants étant de 57, majorité 29, M. Boudier obtient 43 suffrages, M. Garreau 13, M. Audouard 1, bulletin blanc 1.

En conséquence, M. Boudier ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la quatrième division.

— M. le docteur Riembault, médecin à Saint-Etienne, lit un travail sur *l'anémie des mineurs*. L'auteur rappelle que l'anémie des mineurs et particulièrement des ouvriers qui ont travaillé au Saint-Gothard, a été attribuée par M. Perroncito (de Turin) à la présence dans l'intestin d'un parasite auquel on a donné le nom d'*ankylostome duodénal*. Cependant, de nouvelles recherches faites par M. Riembault, il résulterait que la présence de ces helminthes ne serait pas la cause prochaine de la maladie. — (Comm.: MM. Hardy, Rochard et Laboulbène.)

— M. Luys lit un travail sur la question du divorce au point de vue de l'aliénation mentale.

Ce brillant travail est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture de rapports de commissions de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1882. — Présidence de M. Millard.

Le salicylate de soude et le sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde. — M. Lereboullet donne lecture d'un important travail de M. le docteur Sorel sur l'action comparative de ces deux médicaments employés concurremment dans la fièvre typhoïde. Le mémoire de l'auteur comporte l'observation de quatre-vingt-dix-sept malades. Le mode d'administration diffère de celui de M. Hallopeau en ce sens que M. Sorel prescrit le salicylate de soude et le sulfate de quinine *concurremment*.

C'est ainsi que, dans la même journée, les malades atteints de fièvre typhoïde prennent : 1o le matin, de très bonne heure, de 50 centigrammes à 1 gramme 20 centigrammes (1 gr. 20) de sulfate de quinine, en une seule dose; 2o ils commencent à prendre, dès neuf heures et demie du matin, le salicylate de soude (deux à quatre grammes par jour) en solution simple, par gorgée de temps en temps, de telle sorte que les deux tiers soient avalés avant la visite de quatre heures du soir et le reste avant la nuit.

La médication est continuée les jours suivants, et l'association de ces deux agents thérapeutiques peut être poursuivie, même longtemps, sans aucun inconvénient, sans augmentation du délire ni des bourdonnements d'oreille, sans que la respiration en puisse être influencée défavorablement. Comme régime diététique, l'alimentation est appropriée à l'état des malades.

Les résultats obtenus par M. Sorel en substituant au mode d'administration de M. Hallopeau la simultanéité et la continuité des deux médicaments sont : l'égalisation de la température, l'inversion des minima, un abaissement de la température vespérale. Dans la généralité des cas, cette médication a réussi à modifier la fièvre dès le deuxième jour; elle a eu une action antithermique constante et soutenue par la continuité du mode de procéder, même dans les cas les plus fébriles. Ce n'est que dans les quelques faits rares, où la maladie a été réfractaire à la méthode de M. Sorel, que celui-ci a eu recours aux lavements phéniqués, à la digitaline et aux bains froids.

Le distoma hæmatobium.—M. Damaschino lit son rapport sur un mémoire de M. le docteur Zancarol, médecin à l'hôpital d'Alexandrie, accompagné de pièces anatomiques et dessins à l'appui, et intitulé : *Des altérations produites par le distoma hæmatobium dans le gros intestin et les voies urinaires*, mémoire qui offre un intérêt tout particulier au point de vue nosologique et anatomo-pathologique.

On sait que la faune helminthologique de l'Egypte présente une richesse très grande et un intérêt tout spécial pour le pathologiste. Indépendamment des vers intestinaux vulgaires et notamment du tœnia, qui se rencontre assez souvent, quoique moins fréquemment qu'en Abyssinie, on observe l'ankylostome duodénal, dont M. Zancarol a soumis à la Société médicale des hôpitaux un double exemplaire (mâle et femelle). C'est par la présence d'un nombre considérable de ces helminthes dans le duodénum que l'on explique aujourd'hui le développement de certaines anémies graves, telles que l'anémie d'Egypte et celle du Saint-Gothard. Il semblerait même, ajoute M. Damaschino, si les recherches toutes récentes de M. Perroncito reçoivent par la suite une confirmation complète, que l'on peut y rattacher une affection dont, jusqu'à ce jour, la pathogénie a été des plus obscures, c'est-à-dire l'anémie des mineurs.

Le travail de M. Zancarol est principalement basé sur deux faits types d'altérations déterminées par le *distoma hæmatobium*. Ce trématode, comme son nom l'indique, est un parasite des vaisseaux sanguins. On le rencontre, chez l'homme, dans les veines de l'abdomen et en particulier dans celles de la vessie et du gros instestin. Le mâle, beaucoup plus gros, mais moins long que la femelle, est remarquable par l'existence à sa face ventrale d'une sorte de canal disposé en forme de gouttière et dans l'intérieur duquel est reçue la femelle pendant l'acte de la copulation, d'où la dénomination de canal gynécophore qui lui a été donnée. Cette disposition, absolument exceptionnelle, ne se retrouve dans aucune autre des espèces du genre distome. Aussi est-ce une des raisons pour lesquelles Cobbold a proposé de séparer ce trématode des distomes et d'en faire un genre à part sous le nom de *Bilharzia*, en l'honneur de l'observateur qui l'a découvert.

La *Bilharzia est* caractérisée par la présence de deux ventouses qui lui permettent de se fixer et probablement aussi de se mouvoir à la façon des sangsues sur les parois des vaisseaux. On comprend, par suite, comment il se fait que ce distome reste dans les veines du petit bassin et ne soit pas entraîné par le courant sanguin. On n'a, du moins, jamais signalé jusqu'à ce jour le développement d'embolies produites par ce mécanisme.

Suivant que la bilharzia adulte habite les veines mésaraïques ou au contraire les veines vésicales, les altérations produites siégent sur le gros intestin ou les voies urinaires. M. Damaschino, après avoir décrit les lésions que l'on observe sur la muqueuse intestinale, insiste surtout sur un fait qui n'avait pas encore été signalé, c'est-à-dire l'existence des œufs du distôme au milieu même des ganglions mésentériques situés au niveau du bord adhérent de l'intestin.

En résumé, dit-il, indépendamment des altérations de la dysenterie chronique, lesquelles se montrent sur les pièces anatomo-pathologiques si bien décrites dans les remarquables travaux de MM. Cornil et Helsch, il existe encore sur l'intestin des productions polypiformes dont l'extrême développement n'a pas encore été signalé dans la dysenterie simple. Il semble donc très probable qu'on doive les considérer comme les conséquences de la présence même des œufs du distôme ; toutefois il existe encore sur ce point un desideratum pour lequel de nouvelles recherches seraient nécessaires.

Rapport sur les maladies saisonnières. — M. le docteur Du Castel, appelé à succéder M. Besnier dans le poste qu'il occupait depuis tant d'années d'une façon si brillante et si utile, donne communication de son rapport sur les maladies qui ont régné à Paris pendant les trois premiers mois de l'année 1882.

La seconde partie de l'hiver 1882 s'est fait remarquer par l'élévation persistante de la température; le thermomètre ne s'est abaissé qu'exceptionnellement au-dessous de zéro. La température moyenne des trois premiers mois de l'année a atteint + 5° 4, se trouvant ainsi d'un degré au-dessus de la moyenne de la période correspondante, établie d'après les chiffres recueillis, pendant une série de soixante années, laquelle est de 4°, 4. L'humidité atmosphérique a été grande pendant tout le trimestre.

Durant ces trois premiers mois, la mortalité générale a atteint à Paris des proportions insolites et qui la rapprochent de la mortalité du premier trimestre de 1880 ; mais l'élévation du chiffre des décès constatés dans les hôpitaux pendant les trois premiers mois de l'année, ne doit pas être attribuée exclusivement aux effets de la saison particulièrement malsaine que nous venons de traverser.

La population hospitalière de Paris augmente tous les jours dans des proportions considérables L'Administration de l'Assistance publique, dans l'impossibilité de créer de nouveaux hôpitaux, cherche à diminuer l'insuffisance de ceux qui existent actuellement par l'ouverture de services provisoires et par l'accumulation de nombreux brancards dans les services ordinaires. Ces mesures modifient dans des proportions notables le nombre des lits de chaque hôpital, aussi et tous les jours la mortalité oscille-t-elle avec le chiffre, chaque jour aussi, variable de la population hospitalière.

Cependant, même en tenant compte de ces oscillations dans le nombre des malades traités dans les hôpitaux, la morbidité et la mortalité du premier trimestre de 1882 restent encore considérables, c'est ainsi que l'on compte 3,990 décès pour les trois premiers mois dans les hôpitaux de Paris, au lieu de 3,673, pour la période correspondante de 1881, soit une différence en plus, pour la présente année, de 317 décès.

La diphthérie continue sa marche ascensionnelle, et le chiffre des décès relevés dans les trois premiers mois de 1882 est de beaucoup supérieur à celui des périodes correspondantes des années 1880 et 1881 : 795 décès diphthéritiques au lieu de 514 et 543! Cette surélévation doit faire craindre que l'affection ne devienne encore plus meurtrière pendant cette année que pendant celles qui l'ont précédée, et la diphthérie, par sa marche sans cesse croissante, devient, pour la santé publique, un sujet de légitime préoccupation et un véritable fléau. Le coefficient mortuaire dans les hôpitaux s'élève à mesure que les cas deviennent plus nombreux : en 1882 on a 362 cas et 271 décès, tandis qu'en 1881 on avait relevé 319 cas et 217 décès. L'an dernier ce coefficient était donc de 64 pour 100 ; cette année, il est de 74 pour 100.

Inoculations vaccinales. — M. Landrieux fait une communication au sujet de l'observation rapportée ces jours derniers à l'Académie de médecine par M. Guéniot. Il faut avoir soin de distinguer, dit-il, dans les cicatrices vaccinales celles qui sont légitimes, de celles qui sont superficielles. Le travail de M. Landrieux comporte une statistique de 1.800 observations faites dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Louis; 15 pour 100 des individus présentant des cicatrices légitimes ont succombé à la variole, tandis que 24 pour 100 de ceux qui présentaient des cicatrices superficielles sont morts. Sur 71 malades porteurs de plus de trois cicatrices légitimes, 3 seulement sont morts ; sur 98 portant seulement trois cicatrices légitimes ou même moins, on compte 12 décès ; enfin, sur 143 malades qui n'avaient que des cicatrices superficielles dont le nombre dépassait 3, on a eu 23 décès, et sur 133 malades présentant trois ou moins de trois cicatrices superficielles, le chiffre des décès s'est élevé à 31.

De ces faits, M. Landrieux conclut que la multiplicité et la légitimité des cicatrices vaccinales permettent d'émettre un pronostic favorable. Un chiffre de cinq à six inoculations est une condition de vitalité, à moins que la vaccination n'ait pas lieu de bras à bras, auquel cas 8 inoculations lui paraissent nécessaires. Il est bien entendu qu'il n'est pas là question de sujets eczémateux ; chez ceux-ci on se bornerait, comme l'a dit avec raison M. Guéniot, à deux piqûres seulement.

État sanitaire en Tunisie. — M. Du Castel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Burlureaux, médecin aide-major au 80e de ligne, chargé de l'ambulance d'Ellès près le Kef. Nous en extrayons les passages suivants :

« Notre état sanitaire est absolument parfait. En janvier j'ai encore eu à l'ambulance huit cas de fièvre typhoïde, dont deux graves, mais tous ont guéri ; en février, deux dont un fort grave ; en mars, un seul, bénin. L'effectif de la garnison d'Ellès est de 650 hommes. Au Kef, l'ambulance est presque vide ; il y a plus d'infirmiers que de malades. Je dois ajouter, en toute sincérité, que les moyens de traitement ne font pas défaut et que rien ne manque à nos malades.

J'ai aussi vu énormément d'Arabes, en moyenne vingt nouveaux par jour ; j'ai recueilli quelques observations très intéressantes, desquelles il résulte que les maladies du centre de la Tunisie sont absolument les mêmes que celles que l'on voit à Paris.

» J'ai constaté de nombreux cas de syphilis ; j'ai noté en particulier la rapidité avec laquelle se produisaient les perforations du voile du palais. J'en ai vu survenir après trois mois, à partir du début du chancre initial.

» J'ai vu plusieurs cas de diabète dont un paraît nettement lié à la cachexie palustre. Le diabète est fréquent du côté de Gabès et Djerba. C'est ce qui explique pourquoi les Arabes de ces régions mangent des *chiens*. Ils n'ont pas d'autre viande à aussi bon prix et les médecins de ces pays savent, comme nous, l'importance du régime animal dans le diabète.

» J'ai vu une cataracte diabétique chez un homme de 30 ans; c'est même l'existence de la cataracte survenant chez un aussi jeune sujet qui a attiré mon attention sur le diabète.

» J'ai soigné un épileptique, et le bromure a donné chez lui les résultats qu'il donne en France.

» J'ai soigné une femme atteinte de *folie puerpérale*. Je n'ai pas vu de paralysies générales, maladie qui m'intéresse d'une façon toute spéciale. J'ai vu deux cas d'ataxie locomotrice, un cas de tabès spasmodique, plusieurs myélites diffuses généralisées, un cas d'atrophie musculaire progressive.

» La scrofule n'est pas inconnue ici et la tuberculose pulmonaire s'y rencontre, mais rarement; je n'en ai vu que trois cas.

» La teigne est très fréquente chez les enfants; elle est le plus souvent dissimulée par un eczéma chronique du cuir chevelu, et ce n'est qu'après avoir fait tomber les croûtes que l'on peut constater la présence des godets. Le *psoriasis guttata* non syphilitique, l'eczéma du scrotum, etc., se rencontrent comme à Paris.

« L'anémie est très fréquente, elle est le plus souvent due à la sotte habitude qu'ont les Arabes de se faire tirer du sang au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur la tête; j'en ai vu un qui se faisait mettre quatre ou cinq ventouses tous les deux jours pour des maux de tête, qui étaient précisément en rapport avec son anémie.

» Bref, je crois qu'en cherchant bien on rencontrerait ici toutes les maladies qu'on voit en France, sauf celles qui dérivent de l'alcoolisme. Par contre il n'y a pas de maladies propres au pays. »

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARÈLE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. GUÉNIOT, à propos du procès-verbal, revient sur la céphalotrinsie; cette opération donne des résultats d'autant plus fâcheux que le rétrécissement est plus considérable, comme l'a fait remarquer M. Lucas-Championnière. Quant au point de vue du chiffre minimum de rétrécissement que comporte cette opération, il faudrait nécessairement accepter deux limites dans la pratique; au point de vue scientifique, cette proposition n'est pas admissible, mais pratiquement elle est nécessaire, et il faudrait adopter le chiffre de six centimètres et demi pour les médecins qui n'ont pas une grande habitude des opérations obstétricales, tandis que les chirurgiens expérimentés dans cette matière pourraient pratiquer la céphalotripsie avec un rétrécissement du bassin de quatre centimètres.

Sur un autre point, M. Lucas-Championnière a montré que depuis quelque temps l'opération de Porro ne donnait plus une proportion de succes aussi grande que dans les premiers temps où on la pratiquait, et il a de la tendance à revenir à l'opération césarienne simple.

C'est aussi l'opinion de M. Guéniot, car si l'opération césarienne n'a pas toujours donné de bons résultats, il faut songer qu'elle est née à un moment où l'on connaissait mal l'anatomie et pas du tout l'acide phénique; mais aujourd'hui que la chirurgie abdominale a fait tant de progres, on pourrait facilement améliorer les résultats de cette opération. M. Guéniot propose des perfectionnements qui n'ont pas encore la sanction de l'expérience. Et d'abord tâcher d'éviter d'avoir à faire la toilette du péritoine; pour cela il faudrait éviter de laisser couler des liquides dans la séreuse abdominale et faire à cet effet l'opération hors du ventre, non pas comme l'a proposé Müller en faisant sortir complètement l'utérus, mais au contraire en faisant une très petite incision à la paroi abdominale. Une fois la boutonnière faite à la paroi, un aide applique celle-ci fortement sur l'utérus, puis on applique un fil métallique à la partie supérieure de l'utérus, et au moyen de ce fil on attire l'organe à mesure qu'on le vide; de cette façon, on doit pouvoir empêcher le sang et le liquide amniotique de pénétrer dans le péritoine.

Une autre cause fréquente de la mort des femmes est l'hémorrhagie; celle-ci tient à ce que l'on fait une trop grande incision à l'utérus; aussi, en diminuant l'étendue de cette incision, on diminuera les chances d'hémorrhagie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE: Je suis de l'avis de M. Guéniot, et je trouve même qu'il faut une main déjà très habile pour pratiquer la céphalotripsie avec un rétrécissement de six centimètres. L'opération césarienne pourra dans beaucoup de cas être faite à la place de l'opération de Porro, si l'on a soin de prendre toutes les précautions antiseptiques, et à ce propos on peut recommander de ne pas faire descendre l'incision trop bas vers les pubis, car on protège difficilement cette partie de la plaie.

M. NOTTA (de Lisieux) fait une communication : *Amputation fémoro-rotulienne de Gritti*. Boudin, 38 ans, entre à l'hôpital de Lisieux le 10 juin 1881 pour une carie des os de la jambe datant de l'enfance; il a déjà subi l'évidement du tibia sans succès; le malade, épuisé par la souffrance et la suppuration, réclame l'amputation. Celle-ci est pratiquée le 4 août : amputation suscondylienne ostéo-plastique de Gritti; la surface postérieure de la rotule est reséquée par un trait de scie; puis on enlève le plus complètement possible les portions de synoviale articulaire qui tapissent les lambeaux. Pansement de Lister. La plaie suppura, malgré la tentative de réunion par première intention; néanmoins le malade sortait guéri six semaines après l'opération. On lui fit quelques temps après une jambe de bois comme celles que l'on fait pour les amputations au lieu d'élection, et actuellement le malade a pu reprendre sa profession de terrassier et il peut travailler toute la journée.

L'examen du moignon permet de constater que la rotule est soudée à l'extrémité inférieure du fémur perpendiculairement à l'axe de cet os, de telle sorte que sa face antérieure est devenue inférieure et forme une extrémité arrondie sur laquelle s'appuie le membre. La cicatrice est fortement portée en arrière, à trois centimètres de la surface inférieure du moignon, en sorte qu'elle ne porte aucunement sur le point d'appui.

M. FARABEUF : J'ai vu un malade qui avait subi la même opération, pratiquée par un chirurgien étranger, mais le malade ne pouvait marcher, car la rotule avait basculé et présentait un de ses bords au lieu de présenter sa face antérieure.

M. LE FORT : Depuis déjà assez longtemps je pratique cette opération, ou plutôt l'opération de Carden, dans laquelle on garde ou on enlève la rotule. Je pratique cette opération quand cela est possible, et surtout afin d'éviter l'ouverture du canal médullaire du fémur et de supprimer ainsi une chance d'infection purulente. Les premières fois, je conservais la rotule pour tâcher de faire marcher les malades sur cet os, mais le plus souvent je n'obtenais pas le résultat voulu. Il arrive aussi fréquemment que la peau qui recouvre la rotule s'ulcère, ce qui empêche encore les malades de pouvoir se servir de leur membre.

Seconde communication de M. NOTTA : *Lipôme de la paume de la main* chez un homme de soixante-six ans. — La maladie a débuté, il y a six ans, par l'apparition d'une petite tumeur incolore; peu à peu la tumeur augmenta assez pour que, par son volume, elle devint gênante. Elle est devenue de la grosseur d'un gros œuf de poule, elle est située sur l'éminence thénar de la main droite; elle est divisée en deux parties par une petite dé-

pression ; elle donne la sensation de fluctuation, mais il n'y a pas de transparence, et une ponction faite par un médecin ne donna issue qu'à une goutte de sang. Cette dernière raison surtout fit faire le diagnostic de lipôme.

La tumeur fut enlevée, et l'on put constater qu'elle se prolongeait au-dessous des fléchisseurs et qu'elle avait pris naissance dans les appendices graisseux des franges synoviales des tendons fléchissseurs. Peu à peu elle avait fait saillie entre ces tendons et les muscles de l'éminence thénar ; son origine était donc profonde et elle n'était devenue superficielle que secondairement. La tumeur enlevée pesait 85 grammes et était formée uniquement de tissu graisseux.

Deux jours après l'opération, qui fut faite suivant la méthode de Lister, il y eut de la suppuration, et un gonflement douloureux de la main, avec menace de phlegmon. Le malade fut alors traité par les bains antiseptiques tels que les conseille M. Verneuil, et, au bout de trois jours, l'amélioration était notable. Le malade était presque guéri lorsqu'il succomba à une apoplexie cérébrale.

M. Pozzi : J'ai souvent remarqué ce fait que les lipômes de la paume de la main et ceux de la plante du pied ont leur origine dans la profondeur de la région ; ils ne deviennent sous-cutanés que secondairement.

M. Trélat : Il y a plusieurs années, j'ai communiqué un cas du même genre chez un homme de soixante ans. Il était porteur d'un lipôme sous-aponévrotique qui avait présenté tous les symptômes d'une tumeur liquide, d'un kyste synovial.

— M. Hortelonp lit un travail de M. Bourguet (d'Aix), intitulé : *Observations pour servir à l'étude des formes et variétés du charbon chez l'homme.* Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1o Les formes de charbon présentent de nombreuses variétés chez l'homme.

2o Il y a des formes légères qui peuvent très bien guérir.

3o La pustule maligne s'accompagne souvent de tumeurs secondaires développées dans son voisinage ou à une certaine distance.

4o Ces tumeurs secondaires aggravent le pronostic.

5o Les injections interstitielles, les cautérisations, restent le meilleur mode de traitement.

6o La cautérisation par piqûres de mouches est un mode fréquent, mais non habituel.

7o Le charbon est une maladie infecto-contagieuse.

8o Les faits observés tendent à établir que la contamination n'est possible qu'à une faible distance.

M. Guéniot fait une communication sur un cas de dystocie très rare : il s'agit d'une femme de trente-neuf ans qui avait eu un enfant à l'âge de vingt ans et qui n'est redevenue enceinte que dix-neuf ans après. Le travail durait depuis quatre jours lorsqu'elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis. L'enfant était mort, et la malade si épuisée qu'on ne put tenter aucune opération. Elle mourut, et à l'autopsie on constata une cloison transversale de l'utérus au niveau de l'orifice interne du col, cloison presque complète qui était l'obstacle à l'accouchement ; il y avait en outre une insertion vicieuse du placenta et une présentation du tronc. Ce fait est unique dans son genre, car tous les cloisonnements de l'utérus observés jusqu'à ce jour sont des cloisonnements longitudinaux, et à cause de ce fait est difficile à établir.

M. Polaillon présente une malade qu'il a opérée d'un kyste à grains riziformes de l'index droit. La tumeur fut enlevée en partie ; l'autre partie fut grattée avec une curette ; la guérison a eu lieu sans fièvre et sans suppuration.

M. Pozzi présente un malade de soixante et un ans, auquel il a fait une résection anaplastique tibio-tarsienne, en conservant la malléole externe.

M. Labbé présente, au nom de M. Galezowsky, un nouveau modèle d'ophthalmoscope.

Dr Henri Bastard.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Laryngologie.

I. Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell-Mackensie, traduit et annoté par E.-J. Moure et Francis Bertier. 1 vol. in-8 de 807 pages, avec 127 figures. Paris, 1882 ; O. Doin, éditeur. — II. Congrès international de laryngologie, compte rendu publié par Charles Labus, président, et Fruat, secrétaire du Congrès. 1 vol. in-4 de 255 pages. Milan, imprimerie de Pierre Agnelli, 1882. — III. De la grippe ; sa pathogénie. Réponse à M. Augier, professeur de la Faculté libre de Lille, par le docteur Vovaro (de Bordeaux). In-8 de 62 pages. Paris ; O. Doin, 1881.

I. — Décidément, la seconde moitié de ce siècle laissera dans l'histoire des sciences médicales une trace des plus brillantes. C'est en effet depuis ces trente dernières années et grâce à la découverte de nouveaux modes d'exploration, ophthalmoscopie, laryngoscopie, otoscopie, etc., et par contre, grâce à la spécialisation de bien des parties de la science, que des résultats considérables ont été obtenus, que des recherches en foule ont été poursuivies et que bon nombre de points obscurs ont été élucidés.

Qu'on jette un simple coup d'œil sur le travail d'ensemble que M. Morell-Mackensie a consacré à l'étude des maladies du larynx, et l'on conviendra que la médecine a le droit d'être fière du chemin parcouru depuis la découverte du laryngoscope.

Aussi, quelque grandes, et en partie justifiées au début, qu'aient été, aussitôt après la découverte de Manuel Garcia, de Turck et de Czermack, les réserves qui chez nos maîtres de la Faculté accueillirent l'exploitation spécialisée des maladies des premières voies respiratoires, force nous est aujourd'hui de reconnaître que, malgré tout, le bienfait de la laryngoscopie a été immense.

M. Morell-Mackenzie, le médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine à Londres, le professeur de laryngologie au London-Hospital, est, depuis de longues années déjà, fort honorablement connu par plus d'une publication afférente aux maladies du larynx. Il avait toute autorité pour condenser en un volume la moelle des leçons qu'il a professées depuis douze ans.

MM. Moure (de Bordeaux) et Bertier (d'Aix-les-Bains) viennent donc de rendre un signalé service aux médecins français en mettant à leur portée, par une traduction méritoire, le livre du professeur anglais.

M. Morell-Mackenzie a compris dans son traité non seulement les maladies du larynx, mais aussi les maladies du pharynx et de la trachée. De là trois grandes divisions dans son ouvrage. Il y a une telle connexité de rapports anatomiques et par suite une telle communauté d'origine, un tel enchevê-

trement de symptômes dans les maladies du larynx d'une part et dans les maladies de la région qui précède le larynx et de la région qui le continue d'autre part, qu'il était logique de ne point séparer en pathologie ce que la nature a organiquement si bien uni.

Qu'il s'agisse des angines ou des tumeurs, des complications pharyngées des fièvres éruptives ou infectieuses, aussi bien que de la diphtérie et de la phtisie, il est de fort bonne méthode scientifique de montrer comment se conduisent dans l'arrière-gorge les maladies qui pourront gagner le larynx, et de suivre jusque dans la trachée les affections qui ont débuté par l'organe vocal.

En présence d'un travail aussi complet, je ne saurais, à moins d'y consacrer moi-même un volume entier, analyser dans ses détails les nombreux chapitres qui le composent. Il me suffira de prévenir le lecteur que l'ouvrage de Morell-Mackenzie est une véritable mine de renseignements.

Outre les recherches et les statistiques personnelles, ce livre présente pour chaque maladie un tableau des symptômes très net, des indications thérapeutiques on ne peut plus précises et un exposé détaillé des travaux publiés par les divers médecins de chaque pays, avec de nombreux renvois bibliographiques.

Bien plus, chaque chapitre important est précédé d'un historique très bien fait de la question au point de vue médical. Là se trouve consignée la part de chacun dans les découvertes, et si l'on est surpris de trouver chez un étranger une telle connaissance des littératures des autres pays, nous avouons avoir été enchanté de voir avec quelle sincérité on a rendu justice aux travaux français.

Un formulaire termine en appendice le traité de Morell-Mackenzie : il comprend une série de formules pour les inhalations de vapeurs médicamenteuses, pour les pulvérisations, pour les inhalations fumantes.

A propos des gargarismes, M. Morell-Mackenzie semble surtout les réserver, et fort justement à mon avis, pour les affections chroniques. « La tension, dit-il, est souvent nuisible dans l'inflammation aiguë. » De plus, l'auteur n'a jamais eu à s'en louer dans les affections ayant leur siège derrière les piliers antérieurs de l'isthme du gosier.

Des formules pour les pastilles, des indications sur les pansements avec les divers topiques (*pigmenta*) et sur les insufflations viennent ensuite. Et le professeur de London-Hospital termine son formulaire en nous parlant de la composition des lavements nutritifs. « Comme un grand nombre de malades atteints d'affections de la gorge sont incapables d'avaler, il est de la plus grande importance de les alimenter par le rectum. »

Après de nombreuses expériences, l'auteur est arrivé à conclure que la formule suivante est la meilleure :

Bœuf, mouton ou poulet cuit.	110	grammes.
Riz de veau...............	50	—
Graisse...................	20	—
Cognac....................	7	—
Eau.......................	75	—

« Ces diverses substances mélangées ensemble font environ 260 grammes. On peut passer la viande, le riz de veau et la graisse à travers un tamis très fin et on mélangera le tout avec de l'eau, de manière à faire une pâte très épaisse.

« On administrera le lavement à une température de 32 à 35° centigrades, et on ne le répétera que deux fois en vingt-quatre heures. On lavera le rectum deux ou trois fois par semaine avec de l'eau tiède, trois ou quatre heures avant d'administrer le lavement nutritif. »

Je serais injuste si je négligeais de parler des notes en général très intéressantes que MM. Moure et Bertier ont ajouté à leur traduction. Elles comblent quelques lacunes, éclaircissent certains points et surtout elles donnent au livre anglais une allure française.

II. — Les laryngologistes sont dès maintenant assez nombreux pour qu'ils aient tenté de se réunir en Congrès. Il s'est trouvé jusqu'à 122 adhérents au projet de Congrès international que lança, il y a deux ans, M. le docteur Charles Labus, de Milan. Au mois de septembre 1880 eut lieu, dans la ville de Milan, la première session. Et c'est sous la forme d'un superbe volume in-4° que nous arrive le compte rendu des travaux du premier congrès laryngologique international.

Ce compte rendu est rédigé en français. Sans doute c'est souvent du français peu grammatical, mais nous serions bien mal venu à nous plaindre d'une attention qui ne peut que flatter notre patriotisme.

Parmi les communications les plus intéressantes, je signalerai celles de MM. Thaon et de Lennox-Browne sur l'*hystérie laryngée*; celles de M. Krishaber sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne et sur le spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice et celle de M. Baréty sur la laryngite striduleuse que l'auteur considère comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions trachéo-bronchiques.

M. Gouguenheim s'est occupé des plaques muqueuses du larynx ; M. Schmidt (de Francfort), du traitement de la phtisie laryngée ; M. E. E. Fournié, de la pathogénie et du traitement de ce qu'il appelle la voix eunukoïde ; M. Capart (de Bruxelles), de l'hypertrophie des amygdales, et M. Labus, le président du Congrès, a décrit l'influence sur la voix de l'hypermégalie et de la paralysie de la luette. Mais je m'arrête. On sait trop comment se passent les Congrès. La plupart des savants n'y communiquent que des recherches déjà communiquées ailleurs. Les Congrès n'ont que le mérite de fournir un auditoire un peu plus étendu ; mais lorsqu'il s'agit d'un Congrès international de spécialistes, on y trouve le double avantage de voir groupées les études faites dans les divers pays et de les entendre discuter toutes choses, qui favorisent la diffusion de la lumière. C'est là qu'est le principal intérêt de la publication que nous signalons à nos lecteurs.

III. — M. le docteur Vovard a consacré une brochure à nous exposer ses idées sur la nature et la pathogénie de la grippe. Cette affection est tout à fait différente de la bronchite catarrhale, et si M. Vovard reconnaît que la cause de la grippe nous est inconnue, il peut affirmer cependant que cette cause réside « dans l'atmosphère ou dans une constitution atmosphérique particulière. La preuve, c'est que cette maladie sévit toujours sous forme épidémique. »

Démontrant combien peu certaines sont les explications données par les divers auteurs qui nous ont précédés sur la pathogénie de l'*influenza*, démolissant ensuite avec la plus élégante facilité, et non sans une petite pointe de dédain, les hypothèses de ses devanciers, M. Vovard, que nous commencions à considérer comme un ennemi acharné des théories spéculatives, vient à son tour ouvrir les écluses à ses hypothèses, et c'est une véritable inondation ; on nage, mais avec la crainte de se noyer. Surpris tout d'abord, nous ne tardons pas à nous étonner de notre propre surprise. Et, en effet, si

M. Vovard a renversé les constructions théoriques de nos rivaux, c'était non pas pour édifier un monument fondé sur les assises durables de la démonstration scientifique (cela est trop difficile), mais tout simplement pour substituer ses propres hypothèses à celles des autres. Et c'est bientôt fait.

Lorsqu'on « jette un coup d'œil sur la symptomatologie de la grippe, on s'aperçoit bien vite que les muqueuses de l'estomac et des voies respiratoires sont presque toujours simultanément affectées. En un mot, la maladie n'affecte ordinairement que les muqueuses auxquelles se rend le pneumo-gastrique. »

D'ailleurs, l'école grecque avait remarqué « que beaucoup de toux étaient dues à la présence dans l'estomac et dans les bronches d'une plus ou moins grande quantité de pituite ou glaires. »

« Sydenham avait remarqué la coïncidence de la toux convulsive épidémique et des vomissements; » et Stoll dit que la plupart des toux convulsives sont stomacales. Enfin, l'école de Broussais, qui cependant « observait si peu, avait également remarqué que la muqueuse des bronches et celle de l'estomac étaient simultanément affectées, puisqu'elle donnait à la grippe le nom de *gastro-bronchite*. »

Quant à M. Vovard lui-même, il a « toujours remarqué des nausées ou des vomissements accompagnant les quintes de toux. »

Donc la grippe n'est pas autre chose qu'une névrose du pneumo-gastrique, et, nosologiquement, elle doit prendre place à côté de la coqueluche.

Bien que l'allure de ce mémoire paraisse un peu étrange, il ne nous répugne aucunement de convenir qu'on lit facilement cette prose. Les idées sont ingénieuses et habilement exposées. Ce n'est pas là un éloge vulgaire.

Dr ALBERTUS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

MUSÉE PRÉHISTORIQUE, par GABRIEL et ADRIEN DE MORTILLET. — Album de 100 planches contenant 1,269 dessins classés méthodiquement. — 1 vol. grand in-8. Paris, 1881. Librairie Ch. Reinwald.

Parmi les ouvrages consacrés aux études préhistoriques et récemment parus, nous devons citer, avec une mention toute spéciale, le bel album publié par M. Gabriel de Mortillet, le savant conservateur-adjoint du Musée des antiquités nationales de Saint-Germain-en-Laye, et par son fils, M. Adrien de Mortillet.

Son titre de *Musée préhistorique* est des mieux justifiés par le but même poursuivi et parfaitement rempli, du reste, par ses auteurs. En effet, leur intention, ainsi qu'ils le font connaître dans l'introduction, a été de répandre les notions les plus précises et les plus exactes concernant la classification des objets découverts dans un sol où ils ont été enfouis successivement depuis les temps géologiques jusqu'aux époques protohistoriques et même historiques, de fixer leur nomenclature et de servir de répertoire.

C'est ainsi qu'ils se sont efforcés, dans leur belle publication, de mettre à la disposition de chacun un musée portatif composé de pièces classées avec le plus grand soin, d'après un tableau qui, s'il n'est pas admis par tous les archéologues dans ses divisions, offre néanmoins l'avantage d'établir de grandes lignes au milieu desquelles il est plus facile à chacun de se reconnaître tout d'abord.

Les pièces qui figurent ainsi dans l'ouvrage de MM. de Mortillet ont été choisies un peu partout, dans les collections de l'Etat, dans les musées français et étrangers et dans les collections particulières. Sur les 1,269 objets qui ont été reproduits dans les cent planches que comporte l'album, par l'habile crayon de M. Adrien de Mortillet, fils de notre savant collègue de la Société d'anthropologie, les deux tiers environ appartiennent au Musée national des antiquités de Saint-Germain. A ce propos, qu'il nous soit permis de signaler à l'auteur une petite erreur qui s'est glissée dans l'explication de la planche XVIII, lorsque, à propos de la figure 114, il déclare que les grottes de Menton ne contiennent pas d'instruments en os. Le nombre de ceux-ci, au contraire, s'éleva à plus d'une centaine; ils ont figuré pour la plupart à l'exposition d'anthropologie de 1878. L'assertion de notre savant confrère a d'autant plus lieu de nous surprendre que les vitrines mêmes du Musée de Saint-Germain en renferment aussi plusieurs exemplaires, ainsi que celles du Muséum d'histoire naturelle, enfin que le premier squelette humain de Menton portait sur le front un poignard en os. Ces instruments appartiennent à la même époque paléolithique que les silex taillés qui ont été trouvés avec eux et dans les mêmes foyers.

VARÈLE.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE — La mort ne cesse de frapper le personnel médical des hôpitaux. Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. Léon Thillet, externe à l'hospice des Enfants-Assistés, qui vient de succomber à l'âge de 23 ans, nouvelle victime du devoir professionnel, aux atteintes de la diphthérie contractée dans le service auquel il appartenait.

∴

CONCOURS DES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — La dernière épreuve s'est terminée vendredi soir. Ont été nommés médecins du Bureau central : MM. Gombault, Moizard et Dejérine.

∴

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS. — *Prix biennal de 300 francs.* — La Société de médecine pratique décernera, au mois de janvier 1883, un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur travail manuscrit et inédit qui lui aura été communiqué.

La période du concours sera close le 5 octobre prochain.

Les candidats sont invités à envoyer, avant cette époque, leur manuscrit avec le pli cacheté contenant leur nom et le titre de leur travail.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82

110. M. Carlier. Etude sur la syphilis pulmonaire. — 111. M. Natu. Du purpura rhumatismal. — 112. M. Sigarroa. Contribution à l'étude de l'anesthésie saturnine. — 113. M. Doury. De l'emploi des balsamiques et en particulier du poivre cubèbe dans le traitement de la syphilis. — 114. M. Girard. Etudes sur l'épilepsie Jacksonienne. — 115. M. Goix. Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse aiguë. — 116. M. Gaucher. De l'épithélioma primitif de la rate. — 117. M. Alavoine. Traitement de la phtisie pulmonaire par l'électricité. — 118. M. Juhel-Renoy. Etude sur la sclérose du myocarde (myocardite scléreuse hypertrophique primitive). — 119. M. Robert. Contribution à l'étude de l'urologie de l'attaque de goutte. — 120. M. Ollier. Contribution à l'étude de la névrite ascendante et des paralysies réflexes. — 121. M. Dauve. Des périostoses de l'omoplate. — 122. M. d'Albuquerque. De l'étiologie de la pellagre. — 123. M. Boude. Essai sur la dyspepsie dans la tuberculose chronique. —

124. M. Vimont. Etude sur les souffles des rétrécissements et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire. — 125. M. Barberet. Contribution à l'étude de l'onyxis. — 126. M. Roché. De l'influence de l'allaitement sur le développement des tuberculoses. — 127. M. Serbonrce. Etude clinique et expérimentale sur les propriétés désinfectantes et antiseptiques de la liqueur minérale. — 128. M. Bernard. De la phlegmation alba dolens spontanée dans le cours de la chlorose. — 129. M. Leroy. Du traitement des adénites par le thermocautère. — 130. M. Reynaud. Etudes sur les épidémies de fièvre jaune au Sénégal. — 131. M. Dufail. Des sarcomes de l'aorte et de leur traitement par l'extirpation des parties molles. — 132. M. Vachez. — De l'absence de dyspnée dans les épanchements pleurétiques. — 133. M. Pailloz. Études sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. — 134. M. Delorme. Essai sur les fièvres typhoïdes incomplètes dans leur expression symptomatique.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 19 mai au jeudi 25 mai 1882

Fièvre typhoïde 33. — Variole 19. — Rougeole 22. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 51. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 161. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 73. — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 24. — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 35. — au sein et mixte 24. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 69. — de l'appareil circulatoire 36. — de l'appareil respiratoire 70. — de l'appareil digestif 39. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 4. — Total de la semaine: 911 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la lithotritie rapide, par le docteur Reliquet, lauréat de l'Institut, ancien interne des hôpitaux, etc. In-8 avec 28 figures intercalées dans le texte. —Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Hygiène professionnelle. — Le compositeur typographe, par le docteur Choquet. In-8. — Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, par M. le docteur A. Chauffard, interne lauréat des hôpitaux. 1882, grand in-8, 108 pages et 2 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Curiosités sur l'histoire de la médecine, par Emile Rivière. — Paris, 1882.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 8 juin 1882.

NOCUITÉ DE L'AIR EXPIRÉ PAR LES PHTISIQUES. — LE MICROBE DE LA TUBERCULOSE

Déjà, en 1878, M. Giboux avait adressé à l'Académie des sciences une communication destinée à faire connaître des preuves expérimentales et cliniques de la nocuité de l'air expiré par les phtisiques. M. Giboux vient d'adresser à l'Académie des sciences une seconde note pour rendre compte de nouvelles expériences qui corroborent les résultats de ses premières recherches. S'étant assuré une provision quotidienne de quarante à cinquante litres d'air expiré par des malades parvenus à la seconde période ou à la troisième période de la phtisie pulmonaire, il a fait passer journellement la moitié de cet air dans une cage qui contenait deux lapins nés de parents sains qu'on avait sacrifiés dans le but de s'assurer de l'état de leurs organes. Deux autres lapins de la même portée étaient conservés dans une cage absolument semblable à la première. A travers cette seconde caisse on faisait passer les vingt ou vingt-cinq litres d'air restant, après les avoir préalablement filtrés sur de la onate imprégnée d'acide phénique. Les deux cages occupaient d'ailleurs deux salles distinctes pour éviter tout mélange des milieux respiratoires dans lesquels séjournaient les deux couples.

L'expérience dura du 15 janvier au 29 avril. Au bont de ce temps, les deux lapins placés dans la seconde caisse étaient dans un état de santé florissant ; au contraire, chez les deux autres on notait la perte de l'appétit, une soif vive, de la diarrhée, de l'amaigrissement. A leur autopsie, on trouva des tubercules dans les principaux viscères, et, ajoute l'auteur, les lésions pulmonaires étaient beaucoup plus avancées que celles des autres organes. Quand on eut ensuite sacrifié les deux lapins placés dans la seconde cage, on trouva leurs organes en état de parfaite intégrité.

Nous avons rendu compte dans ce journal des expériences qui ont été faites à l'étranger dans le but de démontrer que les crachats des phtisiques renferment le germe de la tuberculose et que l'on peut transmettre cette maladie à des animaux qui vivent dans une atmosphère tenant ce germe en suspension. Ces expériences consistaient à diriger dans des cages spacieuses et confortables des pulvérisations d'un liquide mélangé de crachats rendus par des phtisiques ou recueillis dans les cavernes pulmonaires après la mort des malades. Les animaux exposés à l'action de ces pulvérisations tombaient en proie à à une consomption lente, et à leur autopsie on trouvait des lésions tuberculeuses, accusées surtout dans les poumons. Les expériences de M. Giboux ont sur ces dernières l'avantage de réaliser les conditions dans lesquelles se trouvent placés les individus de notre espèce susceptibles de gagner la tuberculose par voie de contagion parce qu'ils sont condamnés à respirer les émanations des phtisiques. Mais ces expériences sont entachées d'une cause d'erreur qu'on a fait valoir, et avec juste raison, contre la plupart des recherches antérieures entreprises pour démontrer l'inoculabilité de la tuberculose ;

FEUILLETON

REVUE HISTORIQUE

L'ASCLÉPIEION D'ATHÈNES, d'après de récentes découvertes, par PAUL GIRARD (1)

Ce travail d'un ancien membre de l'Ecole française d'Athènes mérite de fixer l'attention des médecins soucieux des origines de leur art : ils y trouveront, exposés avec une précision scientifique, la description du temple athénien d'Asclépios, la manière dont ce dieu y était honoré, les rapports intimes de la médecine des Grecs avec le culte d'Esculape. Il ne nous sera pas possible, dans cette courte analyse, de reproduire les savantes discussions de l'auteur sur l'interprétation des documents nombreux que des fouilles récentes viennent de mettre au jour ; « substruction de temples et de portiques, inscriptions, bas-reliefs, fragments de statues, monnaies, terres cuites », etc., non plus que dans les commentaires des textes empruntés aux auteurs grecs qui justifient cette interprétation.

Cette restauration des monuments antiques, cette évocation des événements, des coutumes, à l'aide de renseignements, de vestiges toujours fort incomplets, rappelle, à s'y méprendre, l'œuvre du paléontologue, de l'anatomiste qui parvient à reconstituer la physionomie d'un animal disparu depuis de longs siècles, grâce à la connaissance de quelque fragment du squelette, et aussi grâce à la comparaison des espèces fossiles ou vivantes déjà étudiées. Sous leur forme littéraire, les recherches de M. Girard présentent éminemment ce caractère scientifique et positif qui doit faire apprécier un travail archéologique.

D'abord l'auteur nous donne la topographie et la description du temple d'Asclépios (Asclépieion) d'après les fouilles faites sur l'emplacement qu'il occupait. « On peut distinguer un certain nombre de monuments qui appartiennent tous aux temps antiques et qui sont groupés sur deux terrasses de niveau différent... C'est parmi

(1) Chez Ern. Thorin, éditeur, Paris.

elles ont éte faites sur des lapins, c'est-à-dire sur des animaux chez lesquels il n'est pas rare de rencontrer des lésions tuberculeuses développées spontanément, chez lesquels il est surtout facile de développer pareilles lésions sans faire intervenir une cause spécifique. C'est là une notion banale sur laquelle il est inutile d'insister.

Les expériences rapportées plus haut ne démontrent donc nullement que l'air expiré par les phtisiques ait pour l'homme la nocuité qu'il peut avoir pour des lapins. Les médecins sont loin de s'entendre sur cette question de la transmissibilité de la tuberculose à l'homme par le fait du séjour habituel dans une atmosphère qui charrie les produits de l'expiration d'un tuberculeux, et aussi des particules expectorées. Cette question ne saurait être élucidée par des expériences de laboratoire; il appartient aux seuls cliniciens de la résoudre. Elle a d'ailleurs, au point de vue de la prophylaxie, une importance suffisante pour qu'il soit désirable de voir se produire une enquête basée sur des faits d'observation bien significatifs, nous voulons parler de ces cas de phtisie survenant chez un individu robuste, d'une bonne santé antérieure, indemne de toute entache héréditaire, placé dans les meilleures conditions hygiéniques, et qui contracte une tuberculose à évolution rapide après avoir vécu aux côtés d'un phtisique, dans une promiscuité étroite, comme il arrive pour les membres d'une même famille. Nous connaissons pour notre part deux faits de ce genre, qui nous ont frappés surtout parce que les lésions tuberculeuses eurvenues dans des circonstances comme celles que nous venons d'indiquer prédominaient dans le larynx; dans un de ces cas, le dénouement fatal fut même hâté par un œdème de la glotte consécutif à des ulcérations tuberculeuses du larynx.

Ces faits nous amènent à parler des récentes révélations de M. Koch (1), de Berlin, qui croit avoir découvert et isolé le contage de la tuberculose. Ce germe ne serait ni plus ni moins qu'un microbe; naturellement. L'esprit du jour exigeait qu'il en fut ainsi. Si d'autres observateurs, non dénués de perspicacité, n'ont pas découvert ce microbe après avoir fouillé à loisir la structure du tubercule à toutes les périodes de son évolution, c'est qu'ils n'ont pas su dissiper les brouillards qui masquaient la petite bête à leurs yeux. M. Koch leur en fournit les moyens, que voici : Qu'on laisse séjourner une préparation de produits tuberculeux pendant vingt-quatre heures dans un liquide comprenant 1 centimètre cube d'une solution alcoolique concentrée de bleu de méthyle, et 0,2 cc. d'une solution de potasse à 10 0|0, pour 200 cc. d'eau distillée, et qu'on dépose ensuite sur cette préparation quelques gouttes d'une solution de vésuvine, et cette dernière détruira la coloration bleue dans tous les éléments organisés; seuls les bâtonnets, germes de la tuberculose, conservent cette coloration et tranchent par leur teinte éclatante sur le reste de la préparation, à condition qu'on se serve, pour les contempler dans tout leur éclat, d'un condenseur (système Abbé). Il n'y aurait guére que les microbes de la lèpre qui se comportent de la même façon à l'égard de ces réactifs. Ces bâtonnets, M. Koch les a cultivés avec le plus grand succès. Nos histologistes français ne manqueront pas de contrôler ces assertions, faites pour inspirer de l'étonnement.

E. R.

(1) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHR., no 15, p. 210, 1882.

CHIRURGIE PRATIQUE

DES HERNIES CRURALES ENTÉRO-ÉPIPLOÏQUES ÉTRANGLÉES; TRAITEMENT DE L'ÉPIPLOON, par M. le docteur G. EUSTACHE, Chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille.

L'étude des hernies au lit du malade, et surtout dans un service d'hôpital, est fertile en incidents et en enseignements de toutes sortes, qui méritent pour la plupart d'être consignés, car ils peuvent servir de leçon pour plus tard. Ici, peut-être plus qu'en aucun point de la pratique chirurgicale, presque chaque fait a son individualité propre et surprend autant celui qui l'observe que ceux qui en lisent plus tard le compte rendu. Aussi l'accord est-il loin d'être toujours facile entre les uns et les autres, et les interprétations comme les déductions varient en quelque sorte d'homme à homme. Ce serait presque le cas de répéter avec le bon Lhomond de notre jeune âge : *Quot homines tot sensus.*

Je n'en veux pour preuve que ce qui se passe dans les diverses Sociétés savantes et notamment à la Société de Chirurgie, chaque fois qu'un point afférent à la question des

ces monuments qu'il faut chercher les restes de l'Asclépieion. » La disposition des bâtiments de ces deux terrasses étagées est la même Sur les deux terrasses, on remarque, au milieu des débris de toute sorte qui jonchent le sol, des restes qui représentent un temple, des portiques et une source qui s'échappe d'une grotte. « Tels étaient les éléments dont se composaient les Asclépieia et en général tous les sanctuaires des divinités guérisseuses. Un temple abritait la statue du dieu ; dans le voisinage des portiques, sorte de galeries couvertes largement aérées, donnaient asile aux hôtes passagers du sanctuaire ; enfin une source fournissait l'eau nécesssaire aux traitements élémentaires que le dieu prescrivait à ses malades, aux purifications et aux ablutions des suppliants. C'est ainsi qu'était disposé le célèbre Asclépieion d'Epidaure dont Pausanias nous a laissé une description fort complète... » D'après les les inscriptions concordant avec l'aspect des ruines qu'on retrouve, Asclépios possédait deux temples à Athènes. Ces monuments renfermaient « deux chapelles, toutes deux consacrées à Asclépios et à Hygiéia, des portiques destinés à recevoir les malades, deux sources, des bâtiments servant d'habitation aux prêtres et aux divers ministres du culte, des autels votifs et des édicules de différentes formes et de différentes grandeurs dressés à des divinités auquelles on rendait dans l'enceinte même de l'Asclépieion de pieux hommages. »

Il est vraisemblable que l'Asclépieion d'Athénes était, comme ceux déjà connus ailleurs, de petite dimension. « Il fallait y ménager de grands espaces vides pour contenir les portiques destinés à loger les malades, des cours et des dégagements pour permettre à la foule des pèlerins de circuler et de se mouvoir à l'aise. Aussi le temple y était-il fort peu de chose, une simple chapelle contenant la statue du dieu et les offrandes de prix. » Pausanias nous apprend que le temple du dieu médecin était orné de peintures, mais en outre le sanctuaire contenait de nombreux ex-votos, *des yeux, des mains, des jambes*, des pièces de monnaie, de petits bas-reliefs, etc. La plupart de ces offrandes sont fixées aux parois intérieures de l'édifice. Le temple formait ainsi comme un musée tout rempli d'objets d'or, d'argent, de bronze, de marbre. Au fond se dressait la statue d'Asclépios et peut-être à côté d'elle celle d'Hygiéia. Il est probable que ces statues n'égalaient pas en beauté la célèbre idole tout d'or et d'ivoire qui décorait l'Asclépieion d'Epidaure.

hernies est soulevé par un membre ou par un correspondant. J'en ai fait moi-même l'épreuve en communiquant à cette dernière Société deux observations qui m'avaient étonné par leur singularité, que j'avais étudiées avec soin, et sur lesquelles les opinions les plus contradictoires ont été émises. Malgré cela, les observateurs ne doivent pas se décourager; en faisant connaître les faits de leur pratique, ils ne peuvent qu'aider à l'élucidation des questions encore obscures ou controversées. L'observation qui va suivre et les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées ne seront peut-être pas sans quelque intérêt.

Hernie crurale entéro-épiploïque; kélotomie; ligature et excision de l'épiploon; guérison.

La nommée Marie Cy..., âgée de cinquante-neuf ans, ménagère, est amenée dans mon service (salle Saint-Augustin, n° 14) le 21 juillet 1881, à sept heures et demie du matin avec des symptômes d'étranglement herniaire qui datent de la veille.

Depuis plus de vingt ans déjà, cette malade portait une hernie crurale gauche, petite, indolente, se maintenant assez exactement réduite par un bandage. Depuis quelques mois, le bandage étant usé et la malade ayant une bronchite assez intense, la hernie était sortie plusieurs fois et plus volumineuse qu'auparavant. A deux ou trois reprises différentes, quelques phénomènes d'étranglement se produisirent mais disparurent assez aisément sous l'influence du repos et des cataplasmes, et la hernie se réduisit chaque fois.

Le 20 juillet, vers trois heures du soir, à la suite d'une violente quinte de toux, la tumeur se reproduisit plus volumineuse que jamais, en occasionnant de vives douleurs dans l'aine et dans tout le ventre. La malade se coucha aussitôt et appliqua des cataplasmes, mais la réduction ne se fit point; les douleurs allèrent en augmentant. A six heures, survinrent des vomissements alimentaires, qui devinrent bilieux à minuit et ne cessèrent presque plus jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Les douleurs étaient atroces, la face anxieuse et grippée, le pouls petit et rapide, le ventre d'une sensibilité générale et exagérée. Il n'y avait eu ni selles ni émission de gaz depuis dix-huit heures.

Je procède aussitôt à l'exploration de la région inguino-crurale gauche, et je trouve là une tumeur du volume du poing, hémisphérique, très douloureuse au toucher, occupant le pli de l'aine, mais remontant par son côté supérieur et externe au-devant de l'arcade crurale et empiétant sur la région inguinale proprement dite. La peau est entièrement mobile; mais la tumeur est adhérente profondément, à base large, semblant faire corps avec les plans profonds de la région crurale; je ne distingue pas de pédicule. La percussion donne un son mat sur toute l'étendue. Le ventre est, au contraire, assez notablement météorisé.

Je n'hésite pas à porter le diagnostic de hernie crurale entéro-épiploïque étranglée. J'essaye pendant quelques minutes des tentatives de taxis, mais sans résultat. Je fais alors porter la malade à la salle d'opérations, et lui fais administrer du chloroforme. Dès que la résolution fut obtenue, je tente encore le taxis pendant huit à dix minutes, mais comme je n'obtiens aucune réduction sensible de la tumeur, je me décide à pratiquer aussitôt la kélotomie.

L'opération fut faite d'après toutes les règles des opérations antiseptiques.

Incision cruciale sur le sommet de la tumeur : la première ligne de section est à peu près transversale et mesure 4 à 5 centimètres; la seconde est légèrement oblique en bas et en dedans et a une étendue de 5 à 6 centimètres. Je dissèque successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia aponévrotique (*cribriformis*), et j'arrive enfin sur le sac herniaire situé au-dessous de ce fascia, avec lequel il n'a pas contracté d'adhérences. J'ouvre le sac, et l'incise crucialement sur une sonde cannelée, comme il avait été fait déjà pour les couches superficielles. Aussitôt après, une masse du volume d'un gros œuf de poule et d'apparence graisseuse vient faire saillie à travers les lèvres de l'incision du sac : c'est l'épiploon. Je soulève cette masse épiploïque, l'incline légèrement en dehors, et je trouve en bas et en dedans une anse intestinale, de la longueur d'un doigt, étranglée profondément à sa base sur le ligament de Gimbernat. C'était absolument l'*étranglement par vive arête* de Chassaignac, résultant ici de la coudure brusque de l'intestin, déterminée par la présence, dans l'aire de l'orifice crural de la masse épiploïque qui l'avait incliné en bas et en dedans, à la façon d'un doigt fléchi à angle droit; les parois intestinales étaient rouges, vascularisées, mais sans trace de sphacèle.

Après avoir essayé inutilement, pendant quelques instants, de réduire l'intestin par des pressions directes exercées sur lui pendant que je réclinais en dehors la masse épiploïque, je pratique le débridement en dedans sur le ligament même de Gimbernat que je tenais au bout du doigt; deux incisions d'un demi-centimètre de profondeur furent faites successivement à l'aide d'un bistouri boutonné. Aussitôt après mon doigt put pénétrer profondément et arriver jusque dans l'abdomen; dès que je l'eus retiré, l'anse intestinale se réduisit presque spontanément.

J'essayai alors de faire rentrer la masse épiploïque qui restait; mais celle-ci était évasée en forme de champignon, et malgré des pressions diverses il me fut impossible de la réduire. Comme il m'aurait fallu faire des débridements très étendus pour arriver à ce résultat, je préférai en pratiquer la résection. Pour cela, sou-

---

Divers objets encombraient encore l'intérieur de l'édifice; des tables chargées d'offrandes variées étaient rangées de chaque côté de la statue du dieu; des trépieds se dressaient au centre du temple, des lampes étaient suspendues au plafond. Toutes ces richesses constituaient le trésor de l'Asclépieion.

A Epidaure, l'Asclépieion s'élevait au milieu d'une voie sacrée; il est douteux, à cause de l'espace restreint occupé par ce temple, qu'il en fût de même à Athènes.

Dans l'enceinte sacrée, les portiques destinés à servir d'abri aux malades reçoivent le soleil pendant la plus grande partie de la journée. « C'est là, dans ces galeries bien aérées et défendues contre le vent du Nord par les roches de l'Acropole, que les infirmes viennent s'établir et attendre le songe ou la vision nocturne qui leur révélera le remède souhaité. Près des portiques, les sources.

G. Variot.

(A suivre.)

Concours de chirurgie du bureau central. — La seconde épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du bureau central, — épreuve de médecine opératoire, — vient de se terminer. Les questions données sont les suivantes : 1° Ligature de la carotide externe; désarticulation du cinquième métacarpien et du doigt correspondant; 2° ligature de la fémorale dans le canal de Hunter; désarticulation tarso-métatarsienne dite de Lisfranc; 3° ligature de l'iliaque externe; désarticulation sous-astragalienne.

La troisième épreuve, — épreuve orale, — a commencé aujourd'hui même vendredi.

***

Récompenses. — L'une des médailles d'or de la Société d'acclimatation a été décernée dans la séance publique annuelle du 26 mai à notre confrère, M. le docteur Ed. Mène (de Paris), pour ses *Etudes sur les végétaux utiles du Japon*.

***

levant l'épiploon à pleine main, je passe au milieu de son pédicule, tout près de l'anneau crural, une grosse aiguille armée d'un fil double de catgut n· 3; je lie les deux moitiés et je coupe avec les ciseaux immédiatement au-dessus des ligatures. La portion ainsi enlevée pesait 75 grammes.

Aussitôt après, je suture les quatre angles du sac aux quatre angles de l'incision cutanée, de façon à laisser à découvert au centre de la plaie le moignon épiploïque, et j'applique le pansement de Lister. L'opération avait duré en tout quarante-cinq minutes.

La malade eut deux vomissements chloroformiques peu après son réveil; vers trois heures de l'après-midi, elle eut une selle abondante avec émission considérable de gaz, le tout sans aucune douleur. La nuit fut très calme.

Les jours suivants se passèrent sans aucun accident; le ventre n'était nullement douloureux à la pression, les selles régulières et l'appétit excellent. La fièvre fut à peine marquée et progressivement décroissante.

Le cinquième jour, je fis le premier pansement: la peau est rouge tout autour de la plaie dans une étendue de trois à quatre centimètres; le moignon épiploïque a la teinte de sphacèle; du pus le baigne tout autour. J'enlève les pointes de suture métallique et réapplique le même pansement.

Les jours suivants, la suppuration est assez abondante, l'épiploon s'élimine par lambeaux, et le 30 juillet, neuf jours après l'opération, cette élimination est complètement terminée; le fond de la plaie est rouge et bourgeonnant.

A dater de ce jour, la suppuration diminue notablement, la cicatrisation marche très vite, et le 10 août, elle était complètement achevée.

La malade qui, depuis le jour de l'opération, n'avait plus éprouvé aucune douleur abdominale et avait été substantiellement nourrie, se lève ce jour-là, et le 19 août, elle quitte l'hôpital dans un état resplendissant de santé.

Deux points principaux méritent l'attention dans l'observation qui précède. Le premier est relatif au siège de l'étranglement; le second à l'intervention opératoire, et notamment à la résection de la hernie épiploïque, après réduction de la hernie intestinale, qui a été pratiquée en cette circonstance. Quelques mots me suffiront pour les exposer dans tout leur jour et avec les conséquences pratiques qui en découlent.

A. Siège et nature de l'étranglement. — Le siège de l'étranglement dans les hernies crurales a été longuement discuté, et la question ne semble pas résolue aujourd'hui d'une façon absolument certaine. Dans son *Traité de pathologie externe* (fascicule de 1880), M. Duplay est d'avis que l'étranglement réside tantôt au collet du sac, tantôt au niveau de l'anneau crural et tantôt au niveau de l'un des orifices du fascia cribriformis. Pour lui, ce serait le dernier qui serait le plus fréquent, presque l'unique, les autres pouvant pourtant s'observer dans quelques rares circonstances.

M. Gosselin, si compétent dans la question des hernies, professe un avis à peu près semblable, avec cette différence pourtant qu'il semble ne pas admettre la possibilité de l'étranglement par l'anneau crural proprement dit et que, lorsque la hernie est étranglée par un anneau fibreux, celui-ci est toujours accidentel et est dépendant du fascia cribriformis.

En réalité, cette dernière distinction est bien difficile à établir au lit du malade, et en outre elle est d'un intérêt pratique accessoire. L'important, c'est de distinguer l'étranglement par le collet du sac de l'étranglement extra-sacculaire par un anneau fibreux, normal ou accidentel, et encore cette distinction n'est-elle pas toujours possible et ne présente-t-elle de l'intérêt que lorsqu'on veut pratiquer la kélotomie sans ouverture du sac, méthode qui est loin d'être admise généralement et d'être la meilleure, parce qu'elle expose à des accidents et à des surprises que l'on peut éviter par la méthode contraire.

Quoi qu'il en soit, et quoique je partage entièrement l'opinion précédente, à savoir que l'étranglement dans la hernie crurale est presque toujours dû à un anneau du fascia cribriformis, je ne me montrerai pas aussi exclusif que M. Gosselin, et je serai plus éclectique en ne niant pas l'étranglement par l'anneau crural lui-même. L'observation qui précède, tout en reconnaissant que les explorations faites au moment d'une opération peuvent toujours laisser quelques doutes sur ce sujet, m'en paraît un exemple démonstratif.

Et d'abord, j'ai disséqué nettement le fascia cribriformis sur toute la surface de la tumeur formée par la hernie jusqu'au collet du sac; par conséquent l'une des mailles de ce fascia n'avait pas été dilatée, et les parties herniées étaient bien situées au-dessous de lui.

En second lieu, l'étranglement ne résultait point de la constriction de l'anneau, mais de la disposition qu'avait prise l'intestin par rapport à lui. L'aire de l'anneau crural était aussi grande qu'à l'état normal; l'épiploon qui la remplissait presqu'en entier ne présentait qu'une très légère congestion, mais pas d'étranglement. Quant à la portion d'intestin située dans le sac, elle était fortement coudée à angle droit à l'endroit même du ligament de Gimbernat, et cette coudure était due à la presence de l'épiploon, qui avait incliné l'anse intestinale en dedans. En attirant fortement la masse épiploïque en dehors, je pus redresser cette courbure, porter mon doigt sur le bord tranchant du ligament de Gimbernat, et constater que le resserrement n'était pas tel que je ne pusse pas introduire la pulpe du doigt. La réduction, qui me paraissait possible sans débridement mais qui aurait demandé des manipulations et une temporisation désavantageuses, ne fut pas tentée, et je procédai aussitôt au débridement en faisant porter le tranchant du couteau profondément sur l'arête de l'anneau crural, c'est-à-dire sur le ligament de Gimbernat lui-même. A partir de ce moment, la réduction se fit d'une façon presque spontanée.

Ainsi, dans ce cas, l'étranglement siégeait au niveau de l'anneau crural; celui-ci était passif en quelque sorte; c'était l'intestin qui, en se coudant brusquement sur lui-même au niveau du ligament de Gimbernat, s'était étranglé lui-même. Ce fait n'est pas isolé, et Chassaignac en a décrit de semblables, qu'il a désignés sous le nom d'*étranglement par vive arête*.

Je crois que ce siège et cette pathogénie doivent s'observer assez souvent dans les hernies crurales entéro-épiploïques.

B. Traitement de l'épiploon. — *Ligature et excision.*

Une fois l'intestin réduit, que convient-il de faire pour l'épiploon? Cette question a été agitée de tout temps, ce qui n'empêche pas qu'il existe encore aujourd'hui de nombreuses divergences. On a toutefois renoncé presque généralement à *réduire* l'épiploon hernié, et deux méthodes seulement sont en présence: l'abandon dans la plaie, et l'excision après ligature préalable.

La première méthode est conseillée par Gosselin, Paget, etc., et c'est elle que l'on trouve recommandée dans la plupart des traités classiques. Je la crois de beaucoup inférieure à la se-

conde, tant au point de vue des résultats définitifs qu'à celui des résultats immédiats, c'est-à-dire de la rapidité de cicatrisation de la plaie opératoire.

En effet, pour peu que la portion d'épiploon ainsi abandonnée au milieu de la plaie soit considérable, l'élimination tarde à se faire; la suppuration et la gangrène évolnent avec lenteur, et, en supposant qu'il ne survienne aucune complication septique ou inflammatoire du côté du péritoine abdominal, la cicatrisation et la guérison définitives se font attendre trente, quarante jours et même davantage. J'ai vu, dans un cas, M. Bouisson (de Montpellier) réséquer au trente-cinquième jour une masse épiploïque qui ne faisait que commencer à s'éliminer au bout de ce temps, en sorte que la guérison définitive de la plaie ne fut obtenue, dans cette circonstance, que plus de deux mois après l'opération.

Si, au contraire, on procède à l'excision de l'épiploon précédée, pour plus de sécurité contre l'hémorragie ou le retrait du moignon épiploïque, de la ligature en masse au-dessus de laquelle on fait porter l'instrument tranchant, ciseaux ou bistouri, on peut tenter et obtenir la réunion immédiate dans presque toute l'étendue de la plaie sauf à la partie centrale, en sorte que quand au huitième ou neuvième jour la ligature tombe, la cicatrisation est presque complète et la guérison définitive ne demande plus que quelques jours.

Chez notre malade, la chute de la ligature épiploïque se fit au neuvième jour, et le dix-huitième la cicatrisation était complète et la malade pouvait se lever. Dans aucune observation d'abandon de l'épiploon dans la plaie, on n'a observé une terminaison aussi rapide.

La ligature a été accusée par ses adversaires d'être suivie d'accidents graves et souvent mortels, tels que douleur exagérée, vomissements, fièvre intense, et péritonite par propagation de l'épiploïte à la séreuse abdominale. Rien de pareil ne s'est montré dans notre observation et dans quelques autres qui ont été publiées; il serait facile de démontrer que l'abandon dans la plaie expose bien plus au dernier accident que la ligature, mais ce serait transformer cette note en un véritable mémoire.

La ligature de l'épiploon et l'excision de la masse épiploïque, qui n'est que le second temps de la méthode, seront donc employées dans tous les cas de hernie entéro-épiploïque étranglée, après que l'intestin aura été réduit. Cette ligature sera faite en masse, si le pédicule est peu épais; dans le cas contraire, on appliquera une ligature double, en transperçant le pédicule avec une grosse aiguille armée de deux fils qui seront noués séparément sur chaque moitié.

Quant à la nature du lien constricteur, j'ai recours depuis quelques années au *catgut*, qui a le double avantage d'être moins irritant et d'être résorbé en presque totalité au fond de la plaie, en sorte que l'élimination du moignon a lieu presque sans suppuration. Ce fait, que j'ai noté dans des cas divers, a été également observé chez notre malade opérée de hernie étranglée, et m'engage à employer et à conseiller le catgut de préférence à toute autre substance.

L'excision a lieu immédiatement au-dessus de la ligature, de manière à laisser le moins de tissu possible, ce qui évite les dangers d'une élimination d'eschare plus ou moins considérable, et peut même aboutir à une réunion par première intention sans suppuration ni élimination d'eschares, comme dans les ligatures perdues intra-abdominales ou au fond d'une plaie d'amputation.

En résumé, sécurité et rapidité dans les suites de l'opération, tels sont les deux avantages de la ligature au catgut et de l'excision de l'épiploon dans les hernies entéro-épiploïques étranglées, avantages qui doivent nous faire préférer cette manière de procéder à toute autre qui ne saurait donner les mêmes résultats.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DIATHÈSES PAR ANOMALIE DE L'ASSIMILATION (obésité, uricémie, diabète), par le docteur DURAND-FARDEL.

(Lu à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 25 mars 1882)

(Suite. — Voir le numéro 22.)

Dans la goutte, les choses se passent différemment. L'acide urique n'est pas rejeté au dehors, ou il ne l'est qu'incomplètement: il est retenu dans l'économie. Cependant il tend à être éliminé du milieu sanguin, parce que le sang ne peut être altéré au-delà d'une certaine mesure sans devenir impropre à l'entretien de la vie, et il trouve une autre voie d'élection, les articulations. Quelquefois il ne se dépose qu'au dehors des jointures, sous la peau, dans certains points, aux oreilles en particulier; et en pareil cas on ne paraît pas, à proprement parler, malade.

Dans les cas les plus ordinaires, ce n'est pas au dehors des articulations, mais dans les articulations elles-mêmes, que s'opère l'élimination de l'acide urique hors du milieu sanguin. Il en résulte l'attaque de goutte et toutes ses conséquences. Mais celle-ci a elle-même tous les caractères d'une évolution salutaire. Tant qu'elle s'opère facilement et régulièrement, la santé générale demeure indemne. En un mot, il semble que toutes les fois que l'acide urique est éliminé du milieu sanguin, soit par les voies urinaires, soit par la peau, soit par les surfaces articulaires, quels que soient les phénomènes locaux qui accompagnent cette élimination, la santé générale n'en est que faiblement atteinte.

Les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple. Soit que l'acide urique se trouve en trop forte proportion, soit par suite de circonstances perturbatrices appréciables ou non, la matière morbide n'est pas éliminée du milieu sanguin par des voies opportunes: de là résultent les désordres attribués à l'uricémie et dépendant de l'apport, dans les tissus et dans les organes, d'un sang chargé d'acide urique. Ceci paraît assez manifeste, lorsque ces phénomènes se montrent chez des graveleux ou des goutteux, ou dans de certaines conditions d'hérédité, d'état constitutionnel, de milieu hygiénique. Mais souvent la conception de l'uricémie est purement spéculative et ne se déduit que d'analogies plus ou moins rapprochées.

Quant à la conception générale de l'uricémie, telle que je viens de la présenter, et du jeu attribué à la présence de l'acide urique dans le système, je ne conteste pas qu'elle ne soit dans une certaine mesure hypothétique. Cependant elle repose sur une série de déductions vraies: l'acide urique est un déchet de l'économie qui se produit incessamment pour être incessamment éliminé d'une manière insensible, après avoir traversé le milieu sanguin. Lorsque nous le retrouvons accumulé

quelque part, il faut admettre qu'il s'est produit et qu'il s'est mêlé au sang en excès, puisque ce n'est que par lui qu'il a pu être transporté là où nous le retrouvons.

Or, nous le retrouvons en nature, non seulement dans le sang lui-même où il a rencontré la soude avec laquelle nous le trouvons combiné, et dans ses dérivés immédiats, tels que la sérosité des vésicatoires, mais aussi dans l'urine, sous des aspects divers, dans les dépôts toplacés, et enfin étalé sur les surfaces articulaires.

Il est donc permis de lui rapporter les désordres, fonctionnels ou organiques, qui se traduisent par des phénomènes morbides lents ou rapides et aboutissent souvent à la cachexie.

Le diabète nous révèle d'une manière plus frappante encore, parce qu'il s'agit d'une matière plus facile à saisir, l'existence d'un produit normal de l'économie devenu en quelque sorte toxique, ou par son excès, ou par sa diffusion dans le système.

Si l'on analyse avec attention les phénomènes objectifs qui caractérisent le diabète, soit dans leur ensemble, soit dans leur cours, soit dans leurs conséquences organiques, on peut s'assurer que c'est à la glycémie, j'entends à la glycémie pathologique, qu'ils se rattachent avec le plus d'évidence.

Le sang des diabétiques est chargé de sucre. La voie naturelle de l'élimination du sucre du sang, de celui qui n'a pas été utilisé, est l'urine. Tant que ce sucre en excès est éliminé par l'urine, la santé des diabétiques n'est que faiblement altérée, c'est-à-dire qu'elle ne reproduit qu'une série de troubles fonctionnels qui paraissent la conséquence nécessaire de l'état glycémique actuel. C'est ainsi que tant de diabétiques peuvent traverser avec une impunité relative de longues périodes de glycémie, sans autres incidents que l'existence de ces troubles fonctionnels.

Dès que vous arrivez à supprimer l'introduction du sucre, tout cesse, et la santé se rétablit, — santé bien précaire assurément, — car vous n'avez pas supprimé l'anomalie, et la glycémie est toujours prête à reparaître. Mais vous avez supprimé la glycémie actuelle, et par suite les troubles qui en dépendent. C'est ainsi qu'un très grand nombre de diabétiques se portent bien, moyennant certaines conditions d'hygiène, diététique et autre.

Mais l'évolution du diabète, comme celle de l'uricémie goutteuse, est soumise à toutes sortes de perturbations que nous ne sommes pas en mesure de discerner. Si le sucre qui contamine le sang des diabétiques était toujours éliminé dans son intégrité, la maladie n'offrirait pas beaucoup de gravité. Mais il n'en est pas ainsi. On voit des diabétiques conserver une santé relative pendant des années, tout en rendant habituellement beaucoup de sucre, sans doute parce qu'ils l'éliminent entièrement. Mais on en voit d'autres marcher rapidement vers la cachexie, alors qu'ils n'ont qu'une faible glycosurie, — sans doute parce qu'ils n'en rejettent qu'une partie, et que le sang, qui ne peut être modifié que dans une certaine mesure, le dépose dans les tissus et les altère dans leurs appropriations fonctionnelles comme dans leurs propriétés vitales.

Je dois m'arrêter ici et faire appel à votre propre expérience pour compléter des considérations qui m'entraîneraient à faire toute l'histoire du diabète.

J'ai d'autres remarques à vous soumettre que je serai contraint d'abréger pour ne point abuser de votre attention.

L'étiologie de l'obésité, de l'uricémie et du diabète est presque identique. Ces états ont encore cela de commun que leur étiologie est très souvent impossible à établir. Leur étiologie effective se partage entre l'hérédité et les circonstances hygiéniques.

La transmission héréditaire de l'aptitude à la gravelle, à la goutte ou au diabète, est un fait avéré sur lequel il n'y a pas lieu d'insister. On a également observé qu'elle peut indifféremment s'exercer de l'un de ces états sur l'autre. La transmission héréditaire de l'obésité est moins fréquente. Mais la combinaison de l'obésité avec le diabète et l'uricémie est très commune.

Quant aux circonstances hygiéniques, elles se rapportent spécialement à trois des sujets de l'hygiène : l'affectivité, la diététique et l'exercice.

Les troubles affectifs tiennent une place certaine dans l'étiologie du diabète, si pauvre du reste, et dans celle de l'obésité. Il est vrai qu'ils ne se retrouvent guère dans celle de la gravelle, et, pour ce qui est de la goutte, qu'ils paraissent exercer beaucoup plus d'influence sur ses manifestations occurrentes que sur sa genèse elle-même.

Le régime alimentaire exerce une action incontestable sur la production et sur les manifestations de la goutte et de la gravelle, prononcée encore sur l'obésité, mais certainement restreinte sut le diabète, je ne dis pas sur la glycosurie.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

I. SUR UNE NOUVELLEF ORME D'HÉMOGLOBINURIE CHEZ L'HOMME, par R. FLEISCHER (1). — II. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE, par J. BOAS (2). — III. HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE, par P. STRÜBING (3). — IV. HÉMOGLOBINURIE DANS UN CAS D'INTOXICATION PHÉNIQUÉE AIGUE, par P. NIEDEN (4).

Nous rappelons que l'hémoglobinurie paroxystique a fait l'objet d'une communication récente à l'Académie de médecine de la part de M. Mesmet (5) et que la nature et la pathogénie de cette affection sont encore fort mal connues. Deux des observations suivantes offrent un intérêt spécial en ce qu'elles nous montrent l'hémoglobinurie paroxystique se développant sous d'autres influences que l'impression du froid invoquée communément dans l'étiologie de ce syndrome.

— Le sujet de l'observation de FLEISCHER, un soldat de vingt-trois ans, robuste et d'une bonne santé antérieure, supportait bien les fatigues du métier militaire. Un jour, à la suite d'une longue marche, il s'aperçut, par hasard, que son urine avait une teinte sanguinolente ; mais déjà au bout de quelques

(1) BERLIN. KLIN. WOCHENSCHRIFT, nº 47, 1881.

(2) *Dissertation*. Halle, 1881 et CENTRABLATT FÜR DIE MED. WISSENSCH., nº 20, 1882.

(3) DEUT. MED. WOCHENSCHR., nº 1, 1882.

(4) BERLIN. KLIN. WOCHENSCHR., nº 47, 1881.

(5) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1881, nº 12, p. 154 et 160.

heures, cette anomalie avait disparu. Elle s'est reproduite depuis, après chaque exercice un pen fatigant. L'urine, examinée an spectroscope, donne alors les raies caractéristiques de l'oxyhémoglobine et de la métahémoglobine. Sous le microscope, on découvre dans le liquide des gouttelettes d'hémoglobine, des coccus et des bâtonnets à mouvements très vifs. Une fois l'hémoglobine disparue de l'urine, ce liquide ne renfermait plus de traces d'albumine, preuve qu'il n'existait pas de lésion rénale. Il est à noter aussi que l'impression du froid (exposition à l'air froid, bain) n'avait aucune influence sur le développemsnt de ces accès d'hémoglobinurie.

La deuxième de ces conclusions est évidemment sujetts à caution.

— Chez le malade de BOAS, un domestique de vingt-un ans, les actes d'hémoglobinnrie étaient, au contraire, provoqués par l'impression du froid, comme c'était le cas dans la plupart des faits connus jusqu'ici. Quand on examinait au microscope nne gouttelette de sang recueillie pendant un accès, les globules rouges et blancs s'y rencontraient en proportions normales, mais les premiers ne s'agglutinaient pas en piles et présentaient toutes sortes de changements de forme, pour finalement s'accoler en masses gluantes. L'urine rendue au moment des accès présentait les modifications bien connues.

Des expériences ont été faites sur ce malade et sur deux autres dont les observations ont été publiées précédemment pour rechercher le siègs de la lésion organique qui donne naissance à l'hémoglobinurie. Voici les conclnsions déduites des résultats obssrvés :

1° L'hémoglobinurie paroxystique est une maladie *sui generis* qui doit être rigoureusement séparée des autres formes d'hémoglobinurie ;

2° Les accès de l'hémoglobinurie paroxystique reconnaissent toujours une seule et même cause occasionnelle ; c'est l'impression du froid, et surtout l'action du froid sur les parties les plus exposées au contact de l'air ; (?)

3° L'intensité des accès, appréciée d'après les symptômes généraux et la coloration anormale de l'urine, est en raison directe de l'intensité et de la durée du refroidissement ;

4° Les accès spontanés et les accès provoqués dans un but expérimental sont constitues par des symptômes absolument identiqnes ;

5° Le phénoméne primordial réside dans une destruction des globules rouges avec passage de l'hémoglobine dans le plasma sanguin ; les symptômes généraux ns sont que la conséquence de cette altération primordiale ;

6° Cette destruction des globules rouges a sans doute pour cause une moindre résistance de ces organités à l'égard des agents délétères extérieurs ;

7° Elle est limitée aux parties directement exposées à l'impression du froid, d'où les produits de dissociaton des globules rouges gagnent les autres régions de l'organisme ;

8° Il est le plus souvent difficile de dcider à quoi tient cette vulnérabilité insolite des globules rouges ; on peut, dans certains cas, incriminer la syphilis, l'impaludisme ;

9° La thérapeutique en est réduite aux moyens de prophylaxie; quand existent des prédispositions du genre de celles qui viennent d'être mentionnées, il faut les combattre par les moyens appropriés.

— Chez le malade de STRÜBING, un homme de vingt-neuf ans, les accès d'hémoglobinurie étaient provoqués indifféremment par les fatigues corporelles, par les ennuis et par les excès alcooliques. En examinant le sang du malade au moment des accès, on trouva, l'une on l'antre fois, des globules rouges de forme anormale et d'une teinte claire.

Strübing incline à mettre l'hémoglobinurie sur le compte d'une destruction des globules rouges, devenus plus vulnérables par suite de quelque affectton des organes hématopoiétiques. La cause immédiats de cette destruction en masse des hématies s'effectuant à un moment donné serait la surcharge du sang par l'acide carbonique, et l'anteur a soin de faire remarquer que les circonstances étiologiques qui intervenaient chez son malade dans la production des accès sont précisément de celles qui passent pour entraîner une accumulation d'acide carbonique dans le sang. Comme autre particularité digne d'être mentionnée, l'auteur signale la présence de l'indol en fortes proportions dans l'urine de son malade, au moment des accès.

— L'observation de NIEDEN ne rentre aucunement dans le cadre de l'hémoglobinurie paroxystique. Il s'agit tout simplement d'une hémoglobinurie transitoire, d'origine toxique, survenue chez une femme de trente-cinq ans à la suite de l'ingestion d'une forte quantité d'alcool phéniqué. On vit survenir les phénomènes bien connus de l'intoxication par le phénol (1) : coma, abolition complète des réflexes, rétrécissement considérable des pupilles, irrégularité de la rsspiration, accélération du pouls. L'urine rendue trois quarts d'heure plns tard avait une teinte sanguinolente très prononcée. Au spectroscope, elle donnait les raies de l'oxyhémoglobine. L'examen microscopique n'y faisait point voir de globules rouges, mais des masses brunâtres, grumeleuses, à fines granulations. Au bout de deux heures, l'hémoglobinurie disparut ; la malade revint à elle et guérit.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Deux cas d'albuminurie périodique, par EICHBAUM, *Inaugural. Dissertation,* Berlin, 1881.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 mai 1882. — Présidence de M. JAMIN.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE SUR LES MATIÈRES ORGANIQUES ET LES FERMENTATIONS, par MM. PAUL BERT et P. REGNARD.

Conclusions : 1° L'eau oxygénée très diluée arrête les fermentations dues au développement d'êtres vivants et la putréfaction de toutes les substances qui ne la décomposent pas ;

2° Elle n'agit aucunement sur les fermentations diastasiques ,

3° L'eau oxygénée diluée n'est détruite ni par les graisses, ni

(1) Voir à ce sujet une Revue sur l'intoxication phéniquée, GAZETTE MÉDICALE, 1879, p. 345, 398, 423.

par les amylacés, ni par les ferments solubles, ni par l'albumine de l'œuf, la caséine, les peptones, ni par la créatine, la créatinine, l'urée;

4o Elle est rapidement détruite par les matières azotées collagènes, par la musculine, la fibrine du sang et diverses matières azotées végétales;

5o Cette action est définitivement arrêtée par une température supérieure à 79o. La putréfaction la laisse au contraire absolument intacte.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — INOCULABILITÉ DE LA TUBERCULOSE PAR LA RESPIRATION DES PHTISIQUES. Note de M. GIBOUX.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie).

Dans un mémoire communiqué à l'Académie dans la séance du 25 novembre 1878, l'auteur a établi, à l'aide de l'expérimentation et de la clinique, la *nocuité de l'air expiré par les phtisiques*. La seconde série d'expériences qui fait l'objet de cette note confirme les conclusions de la première.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — RECHERCHES DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE SUR LA RESPIRATION. Mémoire de MM. GRÉHANT et E. QUINQUAUD, présenté par M. Marey. (Extrait par les auteurs.

Des nombreuses expériences faites sur les animaux et sur l'homme, les auteurs croient pouvoir conclure: 1o que dans les altérations bronchiques, pulmonaires, pleurales, même avec fièvre, l'exhalation de l'acide carbonique est diminuée dans des proportions variables.

2o Le mécanisme ne consiste pas en une sorte de barrage pulmonaire; la lésion retentit sur les éléments de l'organisme pour amener des diminutions, un retentissement sur la nutrition générale dans les divers points où se forme l'acide carbonique: les dosages des gaz du sang avant, pendant et après, plaident en faveur de cette pathogénie.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — SUR LA PERSISTANCE DES EFFETS DE L'INOCULATION PRÉVENTIVE CONTRE LE CHARBON SYMPTOMATIQUE ET SUR LA TRANSMISSION DE L'IMMUNITÉ DE LA MÈRE A SON PRODUIT DANS L'ESPÈCE BOVINE. Note de MM. ARLOING, CORNEVIN et THOMAS, présentée par M. Bouley.

(Renvoi à la Commission du prix Bréant.)

A. Il est important de connaître la durée de l'immunité que l'on peut conférer aux animaux de l'espèce bovine, contre le charbon symptomatique, par l'injection intra-veineuse du virus de cette maladie.

Déjà, au mois de septembre dernier, l'Académie a été avisée du résultat d'une expérience publique, faite à Chaumont (voir COMPTES RENDUS, séance du 3 octobre 1881, page 531 et suivantes), dans le but de démontrer l'efficacité de l'inoculation préventive. On a éprouvé treize animaux dont la vaccination remontait au mois de février 1881. Cette expérience a démontré que l'immunité est encore présente huit mois après l'inoculation préventive. Nous venons de nous assurer qu'elle persiste au bout de dix-sept mois.

Une génisse de la ferme de la Tête-d'Or, à Lyon, avait été inoculée préventivement le 30 novembre 1880. Le 21 avril 1882, on pousse dans les muscles cruraux de cet animal 1 cc. d'une pulpe virulente qui serait capable de tuer à une dose dix fois moindre. La génisse s'est montrée absolument réfractaire Un cobaye témoin a succombé vingt-quatre heures après l'inoculation.

D'autres animaux, vaccinés à la même époque, sont à notre disposition; nous suivrons sur eux l'immunité au fur et à mesure de son extinction, si tant est qu'elle disparaisse avant trois ans.

B. Parmi les animaux inoculés en novembre 1880, à la ferme de la Tête d'Or, se trouvaient cinq génisses, qui avaient été saillies pour la première fois dans le courant du mois de septembre, c'est-à-dire soixante-six à soixante-dix-huit jours avant l'inoculation intra-veineuse. Ces cinq génisses conçurent; leur gestation fut régulière, excepté chez l'une d'elles, qui mit bas prématurément, au huitième mois, un produit qui survécut d'ailleurs.

Les cinq veaux issus de ces génisses furent inoculés de douze à seize jours après leur naissance avec du virus très actif; aucun d'eux n'en ressentit d'effets graves. L'action locale du virus a été nulle; l'action générale insignifiante.

Conséquemment, on peut affirmer qu'une femelle de l'espèce bovine qui reçoit l'immunité contre le charbon bactérien pendant les premiers mois de la gestation, la transmet au produit issu de cette gestation. Nous ne saurions dire, pour le moment, si elle la transmettrait aux produits des gestations ultérieures.

C. Toutefois voici deux faits bien dignes de susciter les réflexions sur ce sujet:

Deux des génisses inoculées en novembre 1880 n'avaient pas été fécondées par l'accouplement du mois de septembre précédent. On les fit saillir de nouveau, et cette fois avec succès: l'une vingt jours, l'autre trois mois et demi après l'inoculation préventive, par un taureau inoculé, lui aussi, à la même date et doué de l'immunité. On obtint deux veaux qui résistèrent à l'épreuve aussi bien que les cinq précédents.

Dans ce cas, les veaux ont-ils reçu l'immunité de leur mère ou de leur père? Des expériences en cours d'exécution, mais dont la durée est longue, nous fourniront la solution de cette question fort intéressante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. E. Hardy, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de physique et de chimie.

L'Académie désigne comme ses délégués au Congrès international d'hygiène, qui doit se réunir prochainement à Genève, MM. Fauvel, Proust, L. Colin.

— M. YUNGFLEISCH, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. GAUTIER lit un rapport sur une demande en exploitation d'eau minérale. (Adopté.)

M. BERNUTZ lit un rapport sur le prix Portal. La question posée était la suivante: « Des lésions de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. »

— L'Académie se forme en Comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. POLAILLON: Dans la dernière séance, M. Guéniot a rapporté un cas de dystocie par cloisonnement transversal de l'utérus, cas unique dans la science et dont il demandait l'explication. Dans ce fait, la cavité du col était agrandie, et l'orifice qui allait dans la cavité utérine était très étroit et situé derrière la symphyse pubienne. Je n'ai pas connaissance de faits analogues, mais je crois que l'on peut en donner l'explication suivante: Il est probable que cette femme avait un utérus biloculaire avec cloisonnement *vertical* complet; la grossesse survenant, le fœtus s'est développé dans l'une des loges, et celle-ci en se dilatant a fini par surmonter

la loge voisine qui restait vide, et la cloison, de verticale qu'elle était, est devenue transversale. Quant à la loge vide, elle est venue faire partie de la cavité du col. L'orifice qui faisait communiquer les deux cavités a été reporté à la partie antérieure de cette cloison et est venu se placer derrière la symphyse pubienne. En outre il y avait insertion vicieuse du placenta et présentation du tronc. Les contractions utérines survenant ont appliqué le fœtus contre cette cloison et contre l'orifice qui n'était pas dilatable.

J'ai, en 1877, fait un travail pour prouver les relations qui existent entre les malformations utérines d'une part et les insertions vicieuses du placenta et les présentations du tronc d'autre part, et dans le cas de M. Guéniot ces trois faits se trouvent réunis.

Mais pour lever tous les doutes et savoir si l'explication que je propose est la bonne, il aurait fallu faire l'examen histologique de cette cloison et savoir à quel niveau les deux trompes s'incéraient sur l'utérus.

M. Guéniot : L'explication de M. Polaillon me paraît fort ingénieuse, et je n'ai pas de raisons pour la contredire ; je dois cependant faire remarquer que les deux trompes s'inséraient au fond de l'utérus. D'un autre côté la communication des deux cavités ne se faisait pas par un simple orifice, mais bien par un canal assez long et très étroit ; du reste cela ne peut en rien attaquer l'explication de M. Polaillon.

M. Sée : Ce cas me rappelle un fait dont j'ai été témoin à l'hôpital Beaujon dans le service de Huguier. Il s'agissait d'une femme à terme et en travail ; au toucher vaginal on constatait un col normal et en arrière une tumeur volumineuse formée par la tête du fœtus et séparée du doigt par une couche très mince de tissus. On crut à une grossesse extra-utérine et on discutait l'opportunité de l'opération césarienne, car le fœtus était vivant ; néanmoins on attendit encore, et l'accouchement finit par se faire naturellement. La paroi postérieure de l'utérus s'était développée outre mesure et il s'était probablement formé une sorte d'éperon, semblable au cas relaté par M. Guéniot.

M. Le Fort : Malgré l'insertion des trompes qui avait lieu pour toutes les deux au fond de l'organe, l'explication de M. Polaillon paraît vraisemblable ; car une partie de l'organe ne peut se développer sans que l'autre y participe plus ou moins.

M. Polaillon : M. Guéniot a fait remarquer que c'était un canal et non un orifice qui faisait communiquer les deux cavités ; cela s'explique très bien par le fait que c'est une cloison verticale qui est devenue transversale. Quant au cas cité par M. Sée, il n'a pas de rapport avec celui-là et c'était un cas d'utérus sacciforme.

M. Chauvel lit un rapport sur plusieurs observations de M. Richond (de Belfort).

La première est une observation de fracture d'un tibia atteint d'ostéo-périostite.

La deuxième observation est celle d'un jeune homme qui reçut une balle de petit calibre, qui se logea dans l'astragale. Le chirurgien qui le vit fit des efforts inutiles pour retirer le projectile ; plusieurs mois après, le malade fut pris d'accidents inflammatoires, et c'est alors que M. Richond fit l'extraction de la balle. Les accidents inflammatoires disparurent et la guérison fut complète. Cette observation démontre que dans certains cas il est bon de ne pas laisser les projectiles dans les tissus et qu'il faut aller à leur recherche.

Troisième observation : Ablation d'une chéloïde cicatricielle enflammée de la région lombaire.

Quatrième observation : Paralysie du membre supérieur droit, consécutive à un effort, et due probablement à une oblitération de la veine axillaire, qui a dû être contusionnée par la tête de l'humérus.

Cinquième observation : Kyste thyroïde, injection iodée, perte de la voix ; guérison.

M. Le Fort : Je désire revenir sur le malade qui fait le sujet de la deuxième observation. En général, il ne faut pas aller à la recherche des projectiles, et le malade de M. Richond n'infirme en rien cette règle. En effet, il faut s'abstenir complétement, ce qui n'est pas le cas, puisque le chirurgien a été jusque sur l'astragale sans retirer la balle, et rien ne dit que cette intervention incomplète n'ait pas été la cause des accidents inflammatoires.

M. Desprès : Je suis de l'avis de M. Le Fort, et je pense que quand on ne voit pas on ne sent pas le projectile, il faut s'abstenir d'aller à sa recherche.

M. Berger : Je crois qu'il faut distinguer deux bas ; 1º lorsque les projectiles sont dans les parties molles, il ne faut rien faire, 2º mais lorsqu'ils se sont logés dans le squelette, ils peuvent occasionner des accidents, et il faut alors aller à leur recherche.

M. Le Fort : Je ne pense pas qu'il faille poser en principe qu'il faut aller rechercher les balles logées dans les os, car, quoique dans ce tissu, elles aient moins de tendance à s'enkyster, elles peuvent néanmoins y séjourner sans causer d'accidents.

M. Sée communique un cas d'élongation du nerf dentaire inférieur chez une femme de 47 ans ; cette malade souffrait depuis six ans d'une névralgie intense dans la mâchoire inférieure, la joue et la tempe. Toutes les médications employées avaient échoué, et, le 9 mars 1882, M. Sée fit l'élongation du nerf dentaire inférieur par le procédé de Sonnenberg. Ce procédé consiste à faire une incision le long du bord de la mâchoire inférieure, à détacher les insertions du ptérygoïdien interne, à remonter sur la face interne de l'os jusqu'à l'épine de Spix, que l'on sent très bien et qui sert de point de repère, et avec un crochet on exerce des tractions sur le nerf. Les suites de l'opération furent très simples, la malade avait de l'insensibilité de toute la région et aussi de la région innervée par le lingual ; il est donc probable que l'on avait en même temps exercé des tractions sur le nerf lingual ; c'est peut-être là l'inconvénient de ce procédé. La guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui.

M. Polaillon : J'ai communiqué un cas d'élongation du nerf dentaire inférieur, dont la guérison s'était maintenue pendant trois mois et demi, mais au bout de ce temps les douleurs revinrent aussi cruelles qu'auparavant. Il est vrai que dans cette opération je n'avais pas obtenu l'insensibilité, comme l'a eue la malade de M. Sée.

Dans un autre cas, au lieu de faire l'élongation, je fis la section du nerf et l'arrachement du bout périphérique ; les douleurs persistèrent avec des intermittences et allèrent en diminuant pendant dix jours ; au bout de ce temps, elles disparurent complètement, pour ne plus reparaître.

M. Gillette : Le procédé qu'a employé M. Sée est certainement le meilleur et le plus commode, et il est préférable à celui qui consiste à trépaner l'os. Cependant il faut savoir que l'on peut lier l'artère et qu'il peut y avoir des hémorrhagies.

M. Desprès présente un malade qui a reçu il y a quinze jours une balle de révolver dans la main, et il l'a traité par le pansement de Chassaignac, et enlève ce pansement devant la Société, demandant qu'on lui montre une plaie semblable traitée par le pansement de Lister.

M. Le Fort présente un malade qui eut, il y a vingt-cinq ans, une fracture de deux cuisses ; du côté droit il est resté une pseudarthrose complète, ce qui n'empêche pas le malade de marcher parfaitement sans appareil.

M. Fauvel présente un malade qui a rendu par le larynx une balle qu'il avait reçue dix ans auparavant dans la tête.

Dr Henri Bastard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GUIDE MÉDICAL AUX EAUX DE PLOMBIÈRES, par le docteur BOTTENTUIT, médecin consultant aux eaux de Plombières, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. — In-18 de 280 pages, avec 18 gravures et une carte chromo-lithographiée des environs de Plombières. — 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier, relié. — 3 fr.

L'ouvrage de M. Bottentuit se divise en trois parties. La plus importante est certainement celle qui est consacrée à la description des sources de Plombières, à leur analyse et à leur thermalité. Dans un chapitre très intéressant, l'auteur étudie l'origine du calorique et de la minéralisation des eaux. Cette question si controversée et qui, à plusieurs reprises, a divisé les savants, est exposée avec clarté. Le lecteur est mis au courant de l'état actuel de la science à ce sujet.

L'étude des propriétés physiques et chimiques des eaux de Plombières offre un intérêt incontestable, mais il est surtout important pour le médecin de connaître leur mode d'emploi.

Un chapitre tout entier est consacré à l'étude *des bains*, dont les effets varient suivant la durée et la température *de la douche* qui peut être appliquée de diverses manières et dont les effets diffèrent selon le mode d'application; *des étuves*, *des massages*, dont l'emploi, si efficace dans certains cas, demande à être réglé avec une grande réserve.

Mais le chapitre le plus utile à connaître est celui qui est consacré aux indications et aux contre-indications des eaux de Plombières. M. Bottentuit a résumé en quelques pages les notions nécessaires au médecin pour lui permettre de juger dans quels cas les eaux de Plombières peuvent être utiles aux malades. Il insiste d'abord sur l'action sédative et calmante des eaux de Plombières, ce qui explique leur action bienfaisante dans les cas d'éréthisme nerveux, dans les maladies où prédomine l'élément douleur.

Employées d'une manière différente, les eaux de Plombières produisent des effets opposés. On peut obtenir une médication calmante ou sédative, cela dépend des pratiques conseillées par le médecin appelé à diriger le traitement. M. Bottentuit étudie l'action des eaux de Plombières dans les maladies du tube digestif (dyspepsie flatulente, vertigineuse, gastralgie, troubles intestinaux, diarrhée chronique), dans les affections de l'utérus (métrite, engorgements péri-utérins, troubles de la menstruation et stérilité). Enfin, dans la goutte et le rhumatisme, où, à la multiplicité des moyens balnéo-thérapeutiques mis à la disposition du médecin s'ajoute l'action calmante et sédative du bain, qui permet d'employer la douche, le massage, les étuves sans fatigue et surtout sans exciter les goutteux et les rhumatisants, chez lesquels il existe de l'éréthisme nerveux.

Ce chapitre résume brièvement les connaissances nécessaires pour bien poser les indications de l'emploi des eaux de Plombières. Enfin une partie de ce guide est consacrée à la description de Plombières et de ses environs. L'histoire de cette petite ville, de son établissement, qui remonte à la domination romaine, des vicissitudes que Plombières a traversées aux différentes époques jusqu'à la réunion de la Lorraine à la France, des nombreux travaux qui y ont été exécutés depuis vingt ans, intéressera le lecteur.

De nombreuses gravures reproduisent les vues de la ville de Plombières, de ses environs et des principaux buts d'excursions que l'on peut faire dans les Vosges, une des parties les plus pittoresques de notre beau pays.

On voit, par ce court aperçu, que, parmi les guides aux eaux minérales que chaque année voit éclore, celui de M. Bottentuit mérite une mention spéciale. Ecrit avant tout pour les médecins, c'est une œuvre scientifique. Mais les malades eux-mêmes y trouveront des chapitres qui ne laisseront pas de les intéresser.

F. DE R.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE — Il ne se passe pour ainsi dire plus de semaine où nous n'ayons à enregistrer quelque perte nouvelle dans le personnel médical des hôpitaux de Paris. C'est ainsi que nous apprenons encore aujourd'hui, avec un vif regret, la mort de M. Jules Diez, élève externe des hôpitaux de Paris.

— On nous annonce aussi la mort, à Saintes, de M. le docteur Charles Bouyer, qui vient de succomber à l'âge de 77 ans, et celle de M. le docteur Largeau, décédé à Niort, à l'âge de 64 ans, et de M. le docteur Joffrion, ancien médecin de l'hôpital de Fontenay (Vendée), à 70 ans.

***

SOCIÉTÉ D'ENCOURAGEMENT AU BIEN. — Une médaille d'honneur et un diplôme ont été décernés, dans la séance solennelle annuelle de la Société, à MM. Lassègue et Bataillard, étudiants en médecine, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en donnant volontairement leur sang dans une opération de transfusion pratiquée à l'hôpital Cochin. Des récompenses ont été accordées aussi pour d'autres faits à MM. les docteurs Duchaussoy, Lucciardi, Grellety, Huguet, Norkowski, Laforge et Brame.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera lundi prochain, 12 juin, à sept heures et demie du soir, ses conférences sur la *thérapeutique des maladies vénériennes*, et les continuera à la même heure, les vendredis et lundis suivants, rue de l'Odéon, 10.

***

DEUXIÈME CONCOURS DES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — Le jury se compose de MM. Grancher, Moissenet, Cazalis, Hillairet, Luys, Triboulet et Berger.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le docteur Chedevergne, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne vacante, par suite du décès de son titulaire, M. le professeur Guignard.

***

PRIX RIBÉRI. — Ce prix, d'une valeur de vingt mille francs, sera décerné en 1886. Le sujet adopté par l'Académie de médecine de Turin est: « Recherches embryologiques pour l'avancement de nos connaissances sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'homme. »

***

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Le prix Aubanel n'a pas été décerné, mais la Société a décidé qu'un encouragement de 1,800 francs, à partager par parties égales, serait accordé à MM. les docteurs Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, Marcel Briand, ancien interne des asiles de la Seine, et Régis, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, auteur des trois meilleurs mémoires. Quant au prix Esquirol, il a été décerné à M. Paul Gérante, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

***

CONCOURS D'AGRÉGATION.— Un arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 20 de ce mois a décidé qu'une série de concours s'ouvrirait à Paris en 1882 et 1883 pour la nomination à quarante-neuf places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les diverses Facultés de France.

1o *Section de médecine :* (pathologie interne et médecine légale): 11 places. Paris, 4; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 3; Montpellier, 2; Nancy, 1.

2o *Section de chirurgie et accouchements :* 14 places, dont 13 pour la pathologie externe et 1 pour les accouchements. *A. Pathologie externe.* Paris, 3; Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 3; Montpellier, 1; Nancy, 2. *B. Accouchements :* Paris, 1.

3o *Section des sciences anatomiques et physiologiques :* 13 places, dont 9 pour l'anatomie et physiologie, et 4 pour l'histoire naturelle. A *Anatomie et physiologie.* Paris, 1, Bordeaux, 1, Lille, 2; Lyon, 2, Montpellier, 1, Nancy, 2.—B. *Histoire naturelle.* Paris, 1, Lyon, 1, Montpellier, 1, Nancy, 1.

4o *Section des sciences physiques :* 11 places, dont 6 pour la physique et 5 pour la chimie et toxicologie. — A *Physique.* Paris, 1; Bordeaux, 1; Lille, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1. — B. *Chimie et toxicologie :* Paris, 1; Bordeaux, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1.

En résumé, il y aura donc 12 places pour Paris, 7 pour Bordeaux, 6 pour Lille, 10 pour Lyon, 7 pour Montpellier et 7 pour Nancy.

Ces différents concours s'ouvriront tous à Paris aux époques suivantes :

1o Section de médeci. e, le 1er décembre 1882; 2o section de chirurgie et d'accouchements le 1er mars 1883; 3o section des sciences anatomiques et physiologiques ainsi que la section des sciences physiques le 1er juin 1883.

Les candidats devront s'inscrire spécialement pour chacune des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

∴

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Un projet sur l'administration sanitaire de l'Espagne a été présenté aux Cortès le 20 mars. Ce projet embrasse l'administration générale de la santé, l'administration provinciale et l'administration municipale.

Cela ressemble assez à notre conseil général d'hygiène et de salubrité, à nos conseils départementaux d'hygiène et aux bureaux d'hygiène qui se créent dans certaines villes et sur lesquels nous aurons à revenir.

Le conseil provincial s'occupe des prisons, hôpitaux et tous établissements pouvant devenir un foyer d'infection, de la vaccine, de la prostitution, du dessèchement des marais, des plantations d'arbres, de l'hygiène des usines et chemins de fer, de la statistique sanitaire, etc.

Le conseil municipal remplira, dans la limite de son territoire, les mêmes fonctions que le conseil provincial en y ajoutant de plus l'assistance des malades pauvres.

La loi s'occupe aussi du service des eaux minérales, des lazarets, des cimetières, des marchés, des ports, des industries insalubres, des constructions publiques, des épidémies, des épizooties, de l'exercice de la médecine, principalement en ce qui concerne les rapports des médecins avec les diverses autorités, enfin de la statistique annuelle de l'état hygiénique des villes et des améliorations dont elles ont profité dans l'année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82

135. M. E. Baratte. — De la fièvre typhoïde dans la grossesse. — 136. M. Ducroux. Quelques considérations sur la polycorie et son traitement par la pilscarpine. — 137. M. Piogey. Etude de pathologie expérimentale. Lésions broncho-pulmonaires, leurs symptômes et déductions pathalogiques. — 138. M. Robin (Amédée). De la résatite phlycténulaire marginale. 139. — M. Meunier. Du syphilome ou gomme en nappe de la cavité buccale. — 140. M. Le Lièvre. De l'ulcère de l'estomac dans la tuberculose. — 141. M. Servolles. Etude comparative de la fièvre typhoïde chez l'homme et chez le cheval. — 142. M. Harel. Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice. — 143. M. Bouray. Des abcès assifluents du grand trochanter. — 144. M. Vaisson. Du début de la fièvre typhoïde par angine. — 145. M. Tarjac. De l'emploi de la pilocarpine contre la diphtérie. — 146. M. Chauffard. Etudes sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde. — 147. M. Béchard. Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice. — 148. M. Heurtault. De la péritonite tuberculeuse.— 149. M. Rostan. Des névralgies saturnines. — 150. M. Galliard. De la pathogénie ne l'ulcère simple de l'estomac. — 151. M. Bursaux. De la résection du nerf sous-orbitaire dans la névralgie faciale rebelle — M. Ducroux. Quelques considérations sur la polyurie et son traitement par la pilocarpine. — 153. M. Février. Etude sur la pathogénie des arthropathies. — 154. M. Bollet. De la greffe cutanée et de ses applications principalement à la chirurgie oculaire. — 155. M. Pomponne. Considérations sur l'hygiène des aliénés. — 156. M. Faisans. Des hémorragies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique. — 157. M. De Paul. Recherches sur le traitement de l'hépatite circonscrite suppurée. — 158. M. Fayard. Du mal perforant dans l'ataxie locomotrice progressive. — 159. M. Moineau. De la marche des plaies chez les scrofuleux. — 160. M. Mounot. Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal. — 161. M. De Friess. Contribution à l'étude des pansements antiseptiques en chirurgie oculaire. — 162. M. Coulom. Traitement de la pustule maligne par des injections iodées. — 163. M. Coulon. Des névralgies considérées principalement au point de vue de leur traitement — 164. M. Lartiguo. Contribution à l'étude de quelques formes éruptives du rhumatisme aigu. — 165. M. Bra. Des pesées cérébrales dans l'aliénation mentale. — 166. M. Fabre. Des battements du cœur. — 167. M. Robert. Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées, envisagée surtout au point de vue de ses causes. — 168. M. Ortega. Contribution à l'étude de l'ablation des tumeurs de la région inguino-crurale. — 169. M. Lamoureux. Essai sur l'hygiène du rhumatisme articulaire aigu. — 170. M. Cot. Les eaux de Hamalou et l'ataxie locomotrice. — 171. M. Charvy. Essai sur la périostite phlegmoneuse diffuse et de son traitement. — 172. M. Ségrestan. Considérations sur la tuberculose aiguë secondaire. — 173. M. Variot. Du rôle pathogénique des lésions viscérales et ganglionnaires de la leucocythémie. — 174. M. Le Jemble. De la fièvre jaune au Sénégal.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 26 MAI AU JEUDI 8 JUIN 1882.

Fièvre typhoïde 50. — Variole 23. — Rougeole 41. — Scarlatine 4. — Coqueluche 9. — Diphtérie, croup 60. — Dysenterie 3. — Erysipèle 10. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Infections puerpérales 12. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 227.— Autres tuberculoses 19.—Autres affections générales 89. — Malformation et débilité des âges extrêmes 61. — Bronchite aiguë 28. — Pneumonie 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 71. — au sein et mixte 39. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 129. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 85. — de l'appareil digestif 42. — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 36. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 1326 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'INHIBITION ET LA DYNAMOGÉNIE. — Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme et du transfert, par M. Brown-Sequard, professeur de médecine au collège de France. — Paris, G. Masson, 1882.

DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE, mémoire par M. le docteur Paul Vigouroux, 1882, grand in-8, 103 pages et 9 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

DE LA PNEUMONIE LOBAIRE SURVENANT DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur Galissart de Marignac, in 8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

MALADIE CÉRÉBRO-GASTRIQUE, par le docteur Leven, in 8. — Prix : 50 c. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

ETUDE SUR LE CHOLÉRA INDIEN, par le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux, etc. — Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE, compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1880, par M. Bourneville, médecin de Bicêtre et M. Olier, interne de service, etc., in-8. —Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DU CANCER DE LA VESSIE, par le docteur Féré, in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

TRAITÉ DU NETTOIEMENT DES VOIES DIGESTIVES, DU LAVAGE DE L'ESTOMAC, par le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux, etc., 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

DE L'OBSTÉTRIQUE EN ITALIE. — Compte rendu adressé à S. Exc. M. le Ministre de l'Instruction publique par le docteur Gabriel Millot, chargé par le gouvernement d'une mission scientifique, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, de la Société médico-physique de Florence, de la Société des sciences médicales de Lisbonne, etc., etc. Grand in-8 de 502 pages, avec un tableau statistique. — Prix : 12 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

ETUDE SUR LA GOUTTE ET SUR LES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT, par le docteur Souligaux. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

DU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par W. R. Gowers, professeur adjoint de clinique médicale, à University-college, traduit de l'anglais par le docteur Oscar Jennings. — Paris, V. Berthier.

DE L'INTUITION DANS LES DÉCOUVERTES ET INVENTIONS ; ses rapports avec le positivisme et le darwinisme, par M. le docteur A. Netter. — Paris, J. Sandoz.

CHASSINAT; HYÈRES ANCIEN ET MODERNE. Promenades scientifiques et littéraires sur son territoire, ses environs et ses îles, par M. A. Denis, ancien député du Var, maire de la ville d'Hyères.

HYÈRES 1882, in-8, 672 p. avec une vue et un plan de la ville, 4e édition, très augmentée et entièrement revue, par le docteur Chassinat, médecin à Hyères. — Prix : 7 fr. 50. Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

DU SUICIDE DANS L'ARMÉE, étude statistique, étiologique et prophylactique, par le docteur Mesnier, in-8, 123 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 15 juin 1882.

Académie de médecine. — UN CAS DE RAGE CHEZ L'HOMME ; GUÉRISON PAR L'EMPLOI DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE NITRATE DE PILOCARPINE.

M. Denis-Dumont, chirurgien à l'hôpital de Caen, a fait, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, une communication à laquelle on ne saurait accorder trop de publicité. Il s'agit d'un cas de rage chez l'homme, observé avec un soin qui lui assure une rigoureuse authenticité et où, fait unique jusqu'à ce jour, l'emploi persévérant des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine procura une guérison durable. En voici la relation abrégée :

Un herger, âgé de trente-huit ans, fut mordu au hras le 16 *avril* dernier par un chien enragé qui faisait, dans la même journée, deux autres victimes, une femme et un enfant.

Le 20 *mai*, une des trois victimes, la femme, succombait après avoir eu tous les symptômes de la rage. Deux jours plus tard, le herger tomhait en proie aux symptômes de cette maladie. On le trouva sur la route de son village, déchirant le sol avec ses ongles, mordant la terre et tout ce qu'il trouvait à sa portée. On fut obligé de lui lier les mains lorsqu'on vit sa fureur se tourner contre lui, et déjà il s'était arraché avec les dents des lambeaux de chair, en trois endroits de la main ganche.

Le lendemain 23 mai, on le dirigea sur l'hôpital de Caen, où il fut placé dans le service de M. Denis-Dumont. A ce moment, il présentait tous les symptômes caractéristiques de la rage. Dès la première nuit, le malade eut sept accès dont les détails ont été relatés avec le plus grand soin, et qui ne laissent planer aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. La contracture pharyngienne devenant extrême et les accès gagnant en intensité, malgré qu'on eût administré au malade une forte dose de bromure de potassium, M. Denis-Dumont eut l'heureuse idée de recourir au médicament sialagogue et diaphorétique par excellence, au nitrate de pilocarpine, en injections sous-cutanées. Dans le courant de la journée du 24, on pratiqua trois injections d'*un* centigramme chacune, et on réussit ainsi à entretenir une salivation et une transpiration abondantes. On compta un seul accès dans le courant de la journée. Le soir, le malade allait mieux. Pourtant la contracture de l'arriere-gorge et la sensation de pesanteur à l'épigastre persistaient. Le malade eut quelques instants de sommeil la nuit suivante.

Le lendemain, 25, on répéta les injections de nitrate de pilocarpine en nombre égal et à la même dose. Le soir le malade se sentait tellement hien qu'il se disait guéri.

Le surlendemain, 26 mai, on continue le même traitement. La constriction pharyngienne s'était entièrement dissipée. Le malade mangea d'un potage et avala sans la moindre difficulté

FEUILLETON

REVUE HISTORIQUE

L'ASCLÉPIEION D'ATHÈNES, d'après de récentes découvertes, par PAUL GIRARD

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Autour des temples, sur les deux terrasses, se pressent les statues d'Asclépios et de ses enfants : Hygieia toujours associée à son père sur les has-reliefs votifs, comme dans les inscriptions ; Jaso Machaon, etc. D'autres divinités : Demitis, Hermes, les Nymphes, Pan, etc., avaient aussi leur statue dans le téménos du Dieu médecin.

Enfin de nombreuses inscriptions remplissent le sanctuaire. Outre les dédicaces inscrites sur les bases des statues, de longs paéons, gravés sur le marbre, exprimaient la reconnaissance des malades guéris. Nous ignorons si, de même qu'à Epidaure et à l'île de Cos, des inscriptions spéciales mentionnaient les maladies dont on était venu se faire soigner et les traitements qui en avaient eu raison.

Tel était l'Asclepieion, autant qu'on en peut juger par les monuments qui en restent et par les textes et les inscriptions qui servent de commentaire à ces monuments.

Nous ne suivrons pas M. Gérard dans les développements assez étendus qu'il consacre au rôle administratif du prêtre et aux autres attributions du zacore et des autres ministres subalternes. Mais le prêtre d'Asclépios était-il médecin? Voilà une question qui nous intéresse au plus haut point. Désigné par le sort, le prêtre d'Asclépias avait l'autorité suprême dans le sanctuaire; il réglementait les cérémonies religieuses, veillait à ce que les rites fussent fidèlement observés Administrateur des richesses du temple, il était investi du droit de contrôler sur tout ce qui se passait dans l'enceinte du péribole sacré. Il devait tenir à ce que l'hôpital religieux dont il avait la direction fonctionnât le mieux qu'il était

une assez grande quantité de cidre. La guérison s'est maintenue depuis.

Avec une sagesse qui mérite d'être soulignée, M. Denis-Dumont se demanda alors si le fait de la terminaison favorable n'impliquait pas une erreur de diagnostic, et se défiant contre tout enthousiasme prématuré, il eut quelque hésitation à croire que la pilocarpine pût guérir la rage. Il s'empressa d'ouvrir une enquête pour s'enquérir du sort des autres victimes du même accident. L'enfant n'en avait ressenti aucune suite fâcheuse. La femme, comme il a déjà été dit, était morte, et il fut établi qu'elle avait succombé à la rage. C'était donc bien de cette maladie, d'un pronostic si effrayant, que le malade de M. Denis-Dumont avait été atteint, et c'est à la médication instituée, médication qui paraît très rationnelle *à priori*, qu'il était redevable de sa guérison.

Coïncidence aussi heureuse qu'étonnante : à peine M. Denis-Dumont avait-il achevé la lecture de sa communication, que M. Bouley demandait la parole et prenait date pour faire un rapport sur un fait du même genre, sur un cas de rage guérie au moyen des injections sous-cutanées de pilocarpine par M. Dartigues, de Pujol (Gironde). Nous aurons l'occasion de revenir sur ce second fait; il nous confirme dans l'espoir de posséder bientôt un remède sûr contre cette terrible maladie, qui est la rage. Cet espoir ne saurait être ébranlé par les essais infructueux qui ont déjà été faits avec la pilocarpine pour atténuer les accidents causés par le virus rabique. Nous croyons savoir, entre autres, que M. Sevestre a fait naguère une tentative de ce genre, sans résultat. Serait-ce parce qu'il n'a pas insisté sur la médication avec la persévérance dont a fait preuve le chirurgien de Rouen? Ou bien le traitement aurait-il été institué à une période trop tardive de la rage?

Dans la communication de M. Denis-Dumont, il est encore un point qui mérite d'être mis en évidence. Le malade atteint de la rage cherchait à mordre, et il y avait réussi sur lui-même. C'est donc à tort que cette tendance à mordre a été niée par certains observateurs qui prétendent qu'elle n'existe que dans l'imagination des malades en proie à l'hydrophobie. M. Denis-Dumont a d'ailleurs observé ce même phénomène sur un mouton mordu par un chien enragé, et le mouton n'est rien moins qu'un animal aux mœurs aggressives.

Enfin, dernier détail à relever, la plaie causée par la morsure du chien enragé, et qui siégeait au pli du coude, s'était rouverte à son centre au moment où le malade entrait à l'hôpital de Rouen. Or la cicatrisation marcha de pair avec l'amélioration continue que l'emploi des injections sous-cutanées de pilocarpine imprima aux symptômes de la rage.

E. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

TAILLE HYPOGASTRIQUE SUR UN HOMME DE SOIXANTE ET ONZE ANS. — GUÉRISON. — Considérations générales sur le manuel opératoire et les soins consécutifs de cette opération, par M. LE DENTU, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La taille hypogastrique, longtemps laissée de côté en France et à l'étranger, est en passe de reconquérir la faveur des chirurgiens. Les observations se multiplient rapidement; au dédain qui la condamnait à l'oubli a succédé un enthousiasme proportionnel. La réaction est générale, on pourrait presque dire universelle. Est-elle légitime? Voilà ce que les faits les plus récents semblent déjà établir.

Il est hors de doute que les résultats acquis sont encourageants. La proportion des morts s'est montrée inférieure à celle des anciennes statistiques, pour plusieurs raisons : on a cessé de considérer la cystotomie sus-pubienne comme devant être réservée exclusivement pour les cas de pierre très volumineuse; on l'a pratiquée chez les jeunes sujets, et l'on s'est aperçu rapidement qu'elle ne le cédait en rien en ce cas aux méthodes périnéales. Son champ d'application s'est donc beaucoup étendu, et, à mesure que la statistique grossissait, elle s'améliorait grâce à l'adjonction de nombreux faits relatifs à des sujets n'ayant pas atteint l'âge adulte.

Voici un cas qui, eu égard à l'âge de l'opéré, pouvait être regardé comme défavorable, *a priori* :

Le malade a soixante et onze ans; il a joui jusqu'ici d'une parfaite santé, mais depuis 1873 il présente quelques troubles de la miction : envies plus fréquentes d'uriner, cuisson au début de la miction, localisée particulièrement à la base du gland. L'urine est d'un rouge un peu briqueté; elle se charge de quelques flocons muqueux.

Un an après le début des accidents commence une période

---

possible, et pour sa popularité avait intérêt a ce que les guérisons fussent nombreuses.

Mais le prêtre n'était pas médecin; la qualité de médecin donné au prêtre n'apparaît que dans une seule inscription. Cela n'a rien de surprenant, si l'on réfléchit que les malades, en se pressant dans l'Asclipieion, ne venaient pas recourir à la science humaine, mais attendre des effets tout divins, surnaturels. Le malade, après les sacrifices d'usage, s'endormait avec l'espoir que pendant son sommeil le dieu lui apparaîtrait et lui indiquerait le remède qui convenait à son mal. Il est incontestable, cependant, que certaines écoles sacerdotales, celles de Cos, de Cnide, de Rhodes, contenaient des médecins habiles; mais, selon toute vraisemblance, leur personnalité, dans les Asclépieia, s'effaçant devant celle du Lieu, ils s'appliquaient plutôt à remplir leur devoir de prêtre que leur profession de médecin.

En s'aidant des monuments épigraphiques et du texte, on parvient à reconstituer les cérémonies du culte rendu au dieu guérisseur. Ces cérémonies consistaient en sacrifices (la victime était un bœuf ou un taureau), et en deux fêtes annuelles : les Epidauria et les Asclépieia. Les Epidauria accompagnaient la célébration des mystères d'Eleusis et avaient été sans doute fondées en l'honneur de l'institution d'Ascl pias. Quant aux Asclepieia, on ne peut les juger à Athènes que par ce que l'on sait de ces fêtes à Epidaure, à Lampsaque, où elles étaient célébrées avec une grande pompe. On est réduit à des conjectures sur certaines fêtes mentionnées par quelques inscriptions, les Héròa.

Les revenus du temple consistaient surtout dans les offrandes, les ex-voto des malades guéris, et dans les générosités des donateurs. Il était d'usage d'élire des délégués pour veiller au remaniement de la décoration intérieure. On débarrassait le sanctuaire des ex-voto qui l'encombraient, on fondait le tout et on faisait une offrande publique à la divinité. Ce fait est consigné plusieurs fois dans les inventaires de l'Asclepieion.

Une scène du *Plutus* d'Aristophane nous donne de précieux renseignements sur les pratiques du culte privé; en faisant la part de la fantaisie comique, il semble établi, d'après cette scène, que la purification par l'eau était, dans tous les cas, l'acte préliminaire qui précède l'*incubation*. Il fallait se présenter pur devant la divinité, puis on faisait au dieu l'offrande de galettes au vin et au miel.

de rémission marquée, qui se prolonge jusqu'en 1878. A partir de ce moment, les secousses de la voiture deviennent pénibles; les premiers symptômes se réveillent.

En 1879, une légère hématurie a lieu, qui ne se renouvelle pas depuis lors.

Le 12 février 1882, une rétention complète d'urine se déclare. Elle est accompagnée de douleurs vives dans le bas-ventre avec irradiations vers le gland et *vers le rein gauche*. Le lendemain matin, le cathétérisme pratiqué par le médecin de M. S... lui fournit l'occasion de constater que le pavillon de la sonde métallique est dévié à gauche, conséquence d'un refoulement du bec de l'instrument à droite par le lobe gauche de la prostate. Du reste, le cathétérisme n'offre de difficulté que les jours où il y a du spasme de l'urètbre.

A partir de ce moment, la rétention d'urine persiste, et il faut sonder le malade deux fois par jour. La situation se complique : l'urine devient muco-purulente, boueuse, fétide, ammoniacale. Une hématurie a lieu un jour, puis on constate la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine.

En revanche, la douleur rénale avait disparu après deux ou trois cathétérismes, et, sous l'influence d'injections répétées d'une solution d'acide borique au 1/50e, l'urine reprend presque ses caractères normaux. Appétit conservé, moral excellent; pas de fièvre à aucun moment.

Huit jours après les premiers accidents, le docteur L... avait constaté la présence d'une pierre.

Le malade m'est adressé le 8 mars. La rétention d'urine persiste, le cathétérisme est parfois rendu très difficile par un spasme violent de l'orbiculaire de l'urèthre. Le canal saigne assez facilement. L'urine laisse déposer un sédiment muco-purulent de médiocre importance en rapport avec la quantité d'albumine qu'y décèlent l'ébullition et l'acide nitrique.

Sa densité est 1,022; sa quantité varie entre 1,100 et 1,400 grammes en vingt-quatre heures. De ces différents caractères je conclus que les reins doivent être peu altérés, s'ils le sont, et que la pierre est dure.

L'exploration de la vessie révèle l'existence d'une pierre en effet très dure, dont le grand diamètre doit être au moins de cinq centimètres. Je n'essaye même pas de la saisir entre les mors d'un brise-pierre.

La dureté de cette pierre, ses dimensions déjà considérables, la rétention d'urine, l'hypertrophie de la postate, contre-indiquent ici la litbotritie ordinaire; la lithotritie rapide serait bien dangereuse sur un homme de soixante et onze ans. L'hypertrophie de la prostate crée des conditions défavorables pour l'extraction par le périnée d'une pierre d'au moins cinq centimètres.

Pour ces diverses raisons, je donne d'emblée la préférence à la taille hypogastrique, et je la pratique le 18 mars.

Après distension préalable du rectum par un ballon de caoutchouc contenant 300 grammes d'eau, après injection dans la vessie de 250 grammes de liquide, j'ai recours au thermo-cautère pour toutes les incisions vésicales ou extra-vésicales, tout en me servant du conducteur de M. Th. Anger pour soulever la paroi antérieure de la vessie.

L'extraction de la pierre se fait sans peine. Sa surface est hérissée d'une grande quantité de petits mamelons. Son poids est de 60 grammes ; ses dimensions : 5 cent. en longueur, 4 en largeur, 3 1/2 en épaisseur.

Les suites immédiates de l'opération furent heureuses, ainsi qu'on en jugera par les températures prises deux fois par jour :

Le 18 (jour de l'opération) matin : 36,7; soir : 37,9.
Le 19, matin : 39,4; soir : 39,2.
Le 20, matin : 38,4; soir : 38,2.
Le 21, matin : 37,6; soir : 39.
Le 22, matin : 38,1; soir : 38,1.
Le 23, matin : 37,9; soir : 38,6.
Le 24, matin : 37,7; soir : 38,7.
Le 25, matin : 37,8; soir : 37.8.
Le 26, matin : 38,1; soir : 38,5.
Le 27, matin : 37,1; soir : 37,8.
Le 28, matin : 37,3; soir : 37,5.

A partir du douzième jour, la température oscille jusqu'à la fin entre 37 et 37,6.

La défervescence du onzième jour fut la conséquence immédiate de la chute des eschares dues à l'action du thermo-cautère.

Après une période d'assez grande faiblesse qui dure cinq jours, l'opéré se relève peu à peu, l'appétit revient. Un seul jour la langue avait été sèche. Le sommeil est assez bon. Les forces se rétablissent lentement, mais régulièrement.

Je n'insisterai pas pour le moment sur les détails de l'observation, parce qu'ils vont être tour à tour l'objet d'une analyse

---

Les malades qui venaient passer la nuit dans l'Asclépieion apportaient avec eux leurs couvertures et tous les objets nécessaires; les lampes s'éteignaient et les malades s'endormaient l'imagination surexcitée par l'apparition du dieu. Le dieu se montrait en songe et leur indiquait un traitement à suivre ou un acte religieux à remplir, sorte d'expiation ayant pour objet de les rendre agréables à la divinité. Les prescriptions médicales étaient variées. Tantôt le dieu ordonnait de fuir l'eau, plus souvent il recommandait de prendre des bains, la gymnastique, les ablutions froides, l'eau de chaux, du jus de ciguë. La plupart de ces remèdes étaient fort anodins. « L'eau y jouait un grand rôle. C'était la servante et l'auxiliaire du dieu. Qu'on s'y baignât ou qu'on la bût, elle était toujours efficace. »

« Le matin venu, le réveil de l'Asclépieion était bruyant. Chaque malade racontait ce que le dieu lui avait prescrit, et le prêtre et ses subalternes se chargeaient d'exécuter l'ordonnance divine. Quand le patient guérissait, c'était pour le sanctuaire une grande joie, qui se manifestait par des congratulations sans fin. Chaque guérison était une espérance pour ceux qui postulaient encore, une garanti e que le dieu les prendrait eux aussi en pitié et que leur tour viendrait bientôt.

« Ce que nous venons de dire de l'*incubation* se rapporte aux jours ordinaires. Mais quelle ne devait pas être l'affluence des visiteurs et le nombre des malades les jours de fête (Epidauria, Asclépieia). Les pèlerins solliciteurs accouraient en foule apportant leurs offrandes à Asclépios. »

Des marchands forains dressaient, aux abords du sanctuaire, des baraques en roseaux ; on leur achetait toutes sortes d'objets, de menus ex-votos qu'on suspendait aux parois du temple. En lisant cette description si vivante de M. Girard, ne se croirait-on pas transporté dans l'un des sanctuaires vénérés de la chrétienté. Ce n'est plus à Esculape que s'adressent les vœux, l'objet de l'adoration a changé, voilà toute la différence.

Les suppléants venaient prier le dieu pour eux ou pour les membres de leur famille. Enfin certaines personnes pieuses, particulièrement chéries du dieu, servaient d'intermédiaires entre la foule et Asclépios.

Non seulement des fidèles de toute condition fréquentaient l'Asclépieion, mais on voit encore les médecins publics venir solliciter

minutieuse accompagnée de réflexions générales sur chacun des temps de l'opération et sur les soins consécutifs.

I. — *Distension préalable du rectum et de la vessie.* — En 1872, M. Schæffer avait imaginé deux procédés de taille vésico-rectale avec insufflation de la vessie et dilatation préalable du rectum (VIERTELJAHRSCHRIFT FÜR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE, t. III, p. 49). L'année suivante, M. Milliot proposait la distension du rectum par insufflation d'une certaine quantité *d'air* dans un ballon de caoutchouc préalablement introduit dans cet organe, pour faciliter la *taille hypogastrique*. (GAZ. MÉD. DE PARIS, 1875, p. 422. *Compte rendu du Congrès de Lyon.*)

Sept années après, M. Petersen, de Kiel, réalisait cette idée, mais en remplaçant l'air par l'*eau*, qui a l'avantage d'être incompressible. (ARCH. FÜR KLIN. CHIRURGIE, von Langenbeck, t. XXV, p. 752.)

Dans le courant de l'année 1881, M. Périer communiquait à la Société de chirurgie deux observations de taille pratiquées suivant ce procédé. Deux fois M. Bois, d'Aurillac, y avait eu recours de son côté, mais ces cas sont postérieurs à ceux de M. Périer. (BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 1881, pages 758 et 807.)

J'ai voulu à mon tour me faire une opinion sur la valeur de ce procédé. Ayant répété deux fois la taille hypogastrique sur le cadavre, avec et sans ballonnement, j'ai constaté que, dans le premier cas, avec une distension médiocre du rectum et de la vessie, la recherche et l'incision du réservoir urinaire étaient réellement facilitées, mais il eût fallu une distension bien plus considérable (j'avais injecté 250 grammes d'eau dans chacun de ces organes) pour faire remonter le cul-de-sac péritonéal à plus de deux centimètres au-dessus du pubis.

Une circonstance m'inspirait quelque méfiance relativement à l'innocuité absolue de la distension sur mon malade, c'était l'*atonie vésicale* qui depuis six semaines empêchait l'évacuation volontaire de l'urine. N'y avait-il pas danger de l'augmenter, en violentant, par une réplétion trop complète, les éléments de la tunique contractile?

Afin d'éviter cet écueil, je me contentai de pousser 300 gr. d'eau tiède dans le rectum et 250 gr. dans la vessie. L'introduction du petit ballon-pessaire en caoutchouc dans le rectum avait été aussi simple que possible; son développement par l'injection le maintenait en place sans qu'on eût à s'en occuper. Quant au liquide poussé dans la vessie, il n'avait aucune tendance à en sortir, puisque cet organe était frappé d'inertie. Il fut donc inutile d'exercer une constriction autour de la verge.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. DE LA VALEUR DE L'ACIDE PHÉNIQUE EMPLOYÉ COMME ANTI-PYRÉTIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. (*Discussion à la Société médicale des hôpitaux.*) — II. DE L'ACTION ANTIPHLOGISTIQUE DES ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES, par A. GENZMER (1). — III. DE L'ACIDE SULFHYDRIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE, par le professeur CANTANI (2). — IV. DE LA RÉSORCINE DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE, par ANDEER (3). — V. ACTION MYDRIATIQUE DE L'HYOSCINE, par EMMERT (4). — VI. TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR LES APPLICATIONS DE CHRYSAROBINE, par SESEMANN (5).

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. FERRAND, dans un rapport sur la canditature de M. DESPLATS au titre de membre correspondant, a rendu compte des recherches cliniques de ce médecin distingué sur l'action antipyrétique de l'acide phénique et du salicylate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde. Lors d'une communication antérieure de M. Desplats sur le même sujet, je m'étais permis une critique, contre laquelle M. Desplats a protesté, comme c'était son droit. J'avais soutenu qu'aux doses employées couramment par le jeune professeur de Lille il y avait à craindre de l'administration interne de l'acide phénique les accidents les plus graves. C'est aussi l'opinion de MM. DAMASCHINO, SIREDEY, DREYFUS-BRISSAC, FÉRÉOL, et M. DUJARDIN-BEAUMETZ a cru pouvoir résumer les opinions

(1) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, no 13, 1882.
(2) *Ibidem*, no 16, 1882.
(3) *Ibidem*, no 20, 1882.
(4) CORRESPONDENZ-BLATT FÜR SCHWEIZER. AERTZTE, no 2, 1882.
(5) PETERSBÜRGER-MED. WOCHENSCHR., no 44 1881.

les faveurs du dieu guérisseur. Le médecin public, payé par l'Etat, exerçait son art et soignait gratis les malades qui venaient le consulter. Ils avaient la direction d'un Iatreion, sorte d'hôpital pourvu de ressources et d'un personnel pour donner les soins aux mal heureux. Ces médecins publics, nombreux à Athènes, formant une corporation, se réunissaient deux fois l'an pour offrir un sacrifice d'actions de grâces à Asclépios et à sa fille Hygieia.

On a souvent opposé la médecine laïque à la médecine religieuse. « Quand la médecine fut sortie du temple où elle avait pris naissance, elle dut de bonne heure renier son origine et se poser en rivale des établissements religieux où elle s'était formée. Ces établissements, de leur côté, étaient devenus avec le temps des foyers de superstition où les naïfs étaient exploités sans scrupule, les médecins s'en émurent; mais, tout en protestant contre le charlatanisme des prêtres, ils demeurèrent toujours pleins de respect pour le dieu au nom duquel s'exerçaient ces déloyales pratiques. Les inscriptions témoignent assez de leur vénération pour Asclépios et Hygieia, qu'ils considéraient comme leurs patrons.

Asclépios était invoqué non seulement contre la maladie, mais encore contre toute espèce de danger. Le soldat lui demandait de le sauver des périls de la guerre.

« Foudroyé par Zeus pour avoir trouvé le moyen de ressusciter les morts, il avait, comme Prométhée, payé cher son dévouement aux hommes. Ce dieu, victime de sa philanthropie, était bien fait pour inspirer l'amour. »

Les ex-votos consacrés à Asclépios étaient extrêmement variés; c'était généralement après l'obtention d'une faveur qu'ils étaient offerts; la prière exaucée, on payait sa dette, mais on ne donnait rien pour rien. « L'antiquité n'a pas connu cette prière humble toute de résignation et d'amour que recommande le christianisme. Les bas-reliefs votifs représentent généralement d'un côté Asclépios et Hygieia et de l'autre des suppliants plus ou moins nombreux. »

Quelques-unes de ces sculptures sont d'une interprétation fort difficile; je ne dois pas exposer ici les diverses conjectures qui ont été émises à leur sujet.

Parmi les offrandes diverses des fidèles, il faut citer un grand nombre de statues du dieu, des portraits peints de malades guéris. Dans les inventaires de l'Asclépieion, on voit quelle était la variété et la richesse de tous ces dons. Le plus souvent, ils représentaient la partie malade guérie : visages, yeux, bouches, nez,

produites dans le cours de cette discussion, par ces quelques mots : « la médication phéniquée est dangereuse et n'a aucune influence sur la marche de la fièvre typhoïde ; » conclusion que, pour ma part, je trouve trop rigoureuse.

M. Dreyfus-Brissac et M. Féréol pensent que les accidents sont imputables en partie à une accumulation de l'acide phénique dans le sang et les tissus. M. A. Robin, se basant sur de nombreux dosages, croit que cette substance ne séjourne pas plus de quarante-huit heures dans l'organisme. Oui sans doute quand les reins sont intacts, et, dans la fièvre typhoïde, ces glandes sont souvent frappées d'altérations, passagères à la vérité, mais qui entravent l'élimination. Je rappellerai aussi à ce propos que ceux qui se sont préoccupés du mécanisme des accidents toxiques développés par l'abus de l'acide phénique dans la pratique chirurgicale ont accusé cette substance de provoquer, à son passage à travers le rein, de ces lésions passagères qui s'opposent à l'élimination ultérieure du médicament. De même on a dit que les intoxications consécutives à l'emploi du pansement à l'iodoforme chez *certains sujets* seulement étaient dus à ce qu'on avait fait usage concomitamment de l'acide phénique, ce dernier irritant le rein pour obstruer le filtre rénal, de telle sorte que l'iode mis en liberté par l'iodoforme s'accumule dans le sang.

— L'action antiphlogistique des émissions sanguines locales est une de ces notions empiriques léguées par un passé déjà éloigné, et dont l'exactitude n'est mise en doute par personne, sans qu'on ait eu l'idée d'en donner une démonstration rigoureuse. M. Gentzmer (de Halle) a pris la peine de combler cette lacune. Sur des grenouilles curarisées il a provoqué les désordres, aujourd'hui bien connus, de l'inflammation locale dans la membrane natatoire, au moyen d'applications de calorique (épingles rougies) ou de caustiques (nitrate d'argent). Il appliquait ensuite une sangsue au niveau de la jointure placée à proximité de la membrane enflammée ; M. Gentzmer a soin de prévenir qu'il n'est pas facile du tout de faire prendre la sangsue. Les choses étaient disposées de telle sorte que le foyer inflammatoire occupait le champ d'un microscope ; on pouvait donc suivre à l'aise les modifications de la circulation locale dans le territoire enflammé. Tout d'abord, à la suite de l'irritation phlogogène, les globules blancs s'accolaient à la face interne de la paroi des petits vaisseaux, d'autres traversaient cette paroi (diapédèse), le courant sanguin se ralentissait peu à peu et finalement la stase était complète. Mais aussitôt que la sangsue appliquée sur le membre inférieur de l'animal se mettait à aspirer du sang, la circulation se rétablissait dans les capillaires du foyer inflammatoire ; les globules blancs se détachaient de la paroi interne de ces petits vaisseaux pour rentrer dans le mouvement circulatoire ; quelques fois déjà au bout de quelques minutes, le dégorgement vasculaire était complet, et il ne restait plus de trace de la stase locale ; souvent même la circulation devenait plus active qu'au début.

Donc les émissions sanguines pratiquées dans le voisinage d'un foyer inflammatoire n'y développent point une anémie locale, comme on l'a dit ; elles empriment une stimulation passagère à la circulation du territoire enflammé. Il en résulte un afflux de sang artériel, qui agit de deux façons ; mécaniquement, en balayant le contenu des petits vaisseaux engorgés ; physiologiquement en relevant la nutrition des éléments anatomiques qui deviennent ainsi plus aptes à lutter contre les agents phlogogènes. (C'est surtout le premier effet que mettent en lumière les recherches de l'auteur.)

— La tuberculose n'est encore qu'à la veille d'être reconnue pour une maladie parasitaire, et déjà on propose pour la guérir, ou du moins pour combattre ses manifestations, l'emploi des antiseptiques. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est de voir préconiser dans ce but une substance nauséabonde beaucoup plus connue jusqu'ici pour ses effets toxiques que pour ses vertus thérapeutiques. L'hydrogène sulfuré est sans aucun doute un puissant anti-parasitaire. Malgré cela, je crains que nos cliniciens français n'hésitent à contrôler les assertions du professeur Cantani, de Naples, relatives aux bons effets que ce médecin distingué attribue à l'emploi des inhalations d'hydrogène sulfuré chez les phtisiques. Au dire de Cautain :

1o La *plupart* des malades supportent très bien le séjour dans une atmosphère saturée d'hydrogène sulfuré. Cependant, jusqu'à ce qu'ils se soient habitués à ce mode de traitement, ils l'acceptent à contre-cœur ;

2o Les malades qui jusqu'ici ont été soumis à cette médication ont cessé d'avoir de la fièvre déjà au bout de quelques jours, *habituellement*.

3o La lésion locale n'a pas manifestement progressé dans le cours du traitement ; l'expectoration est devenue moins abondante.

mâchoires, cous, reins, parties honteuses d'hommes et de femmes.

Il y avait aussi des objets de toilette, cassettes à parfums, miroirs, éventails. Beaucoup de ces offrandes étaient en or.

D'autres fois les malades faisaient graver sur des stèles des hymnes qu'ils laissaient dans l'enceinte sacrée comme monuments de leur gratitude envers le dieu. Ce sont, en général, des œuvres fort médiocres. Il arrivait aussi qu'au lieu de composer un chant nouveau, on gravait sur le marbre une poésie ancienne restée populaire parmi les adorateurs du dieu.

Dans sa conclusion, M. Girard ne souscrit pas au jugement sévère porté par MM. Daremberg et Malgaigne contre les Asclépieia et les prêtres d'Asclépios.

« L'Asclépieion, dit-il, nous apparaît, au quatrième siècle, comme un établissement de bienfaisance fonctionnant sous le regard de la divinité et avec le concours et les encouragements de l'Etat. C'est, quoiqu'on en ait dit, un hôpital à la fois civil et religieux, où les riches viennent chercher d'utiles conseils, où les pauvres trouvent un asile, où les médecins se rendent pour puiser de salutaires inspirations et placer leur art sous le patronage du dieu qui en est l'inventeur... En fut-il toujours ainsi ? A Athènes, comme ailleurs, le culte d'Asclépios dégénère ; les Asclépieia, administrés d'abord par leurs prêtres avec une entière bonne foi, se transformèrent ; premiers berceaux de la médecine, ils devinrent le refuge de toutes les superstitions et finirent par ne plus vivre que de miracles. Ce furent ces miracles mêmes qui firent leur force. »

« Qui oserait dire que ce culte n'a pas survécu au paganisme ? M. Girard termine son excellent travail par un rapprochement pittoresque. Il nous dépeint un pèlerinage grec contemporain dans l'île de Tinos en l'honneur de la Panighia. Tout dans son tableau rappelle les antiques cérémonies, l'affluence, la ferveur des pèlerins, la veillée sainte, l'eau lustrale, les miracles, l'empressement dont les miraculés sont l'objet ; on leur fait fête, on leur donne des enfants à bénir, on touche avec respect leurs vêtements.

Mais pour nous, qui n'avons pas exploré la terre classique des Hellènes, les termes de comparaison ne manquent cependant pas. N'avons-nous pas aussi des sanctuaires célèbres avec des sources fécondes en miracles, des temples dont les parois sont couvertes d'ex-voto, dont les embellissements sont dus à la munificence des fidèles reconnaissants ? Ne voyons-nous pas les pèlerins se presser en foule aux abords du temple en chantant des hymnes, les prétendus miraculés être un objet de vénération ? L'amour du merveilleux, l'espoir du prodige ont survécu au paganisme.

G. Variot.

Voilà des résultats qui nous paraissent un peu vagues; ils justifieront mal les experiences de Cantani, lorsque viendront à se révéler les effets pernicieux de la médication.

— Nous avons déja parlé des recherches de M. Andeer sur les applications thérapeutiques de la résorcine, médicament nouveau dont on s'est quelque peu occupé en France dans ces derniers temps. D'après une nouvelle communication du même auteur, la résorcine qui, aux mains de M. Andeer, est en train de devenir une panacée, produit merveille dans le traitement de la diphtérie. 222 malades atteints de cette redoutable maladie et traités par la résorcine ont tous guéri, quelles que fussent les localisations du mal. Il suffisait pour cela de toucher les parties envahies par des productions pseudo-membraneuses avec de la résorcine cristallisée, ou avec de la vasseline contenant de la résorcine sous une forme concentrée, en combinant dans les cas graves l'administration interne du médicament avec son emploi topique. Si les affirmations de M. Andeer se confirment, on ne manquera pas de le compter parmi les plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Mais ce qu'il nous annonce est trop beau pour être vraisemblable.

— L'hyoscine, qui forme avec l'acide iodhydrique une combinaison cristallisable, serait, d'après M. Emmert, un mydriatique très puissant, d'une efficacité supérieure à celle de l'atropine. Il faut même ne pas employer, pour les instillations, des solutions contenant plus de 1 1/2 0/0 d'hyoscine, car déja, avec des solutions de 1 1/2 0/0, Emmert a observé des symptômes d'intoxication : embarras de la parole, perte de la mémoire, vertige, sécheresse de la gorge. A noter que la préparation est fort bien tolérée par la conjonctive.

— De différents côtés on a vanté les bons résultats retirés de l'usage externe de la chrysarohine dans le traitement du psoriasis. Sesemann a pu se convaincre de l'exactitude de ces dire sur un certain nombre de malades affectés de la dermatose en question; tous les deux jours les régions de la peau envahies par les tâches de psoriasis étaient badigeonnées avec la solution suivante :

Rec. chrysarobine 10 grammes
collodion 4 — (un drachme).

Chaque semaine le malade prenait un bain. Quand la peau des malades était très sèche, on faisait des inonctions avec un corps gras.

E. Ricklin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de candidature de M. le docteur Ball pour la section de pathologie médicale.

2o Un travail manuscrit de M. le docteur Bernier (de Burnonville) sur la diphtérie, ses causes et son traitement.

— M. Méhu dépose sur le bureau une brochure dont il est l'auteur, et qui est intitulée : *Nouvelle méthode d'extraction de la matière grasse des urines, dites chyleuses.*

M. Alfred Fournier offre en hommage un volume contenan une série de leçons cliniques qu'il a professées à l'hôpital Saint-Louis : *Sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.*

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault, un travail sur les dangers que peuvent avoir les douches vaginales données à une température trop basse et à une pression trop élevée.

— M. Béchamp adresse à l'Académie une note concernant la cause qui communique aux tissus de certains organes animaux la propriété de décomposer l'eau oxygénée. La conclusion de cette note est que, toutes les fois qu'un tissu organisé décompose l'eau oxygénée, il doit cette propriété à ses mycrozymas.

— M. le docteur Denis-Dumont, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, lit une observation intitulée : *Un cas de rage déclarée ; guérison.* (Voir Premier-Paris.)

— M. Blanche, passant en revue les objections de M. Luys, montre d'abord, par des citations de son premier discours, qu'il a toujours admis la possibilité de reconnaître dans certains cas l'incurabilité de la folie Mais, parmi ces cas, les uns se rapportent à des affections congénitales qui sont manifestes, et à des affections héréditaires qui peuvent être reconnues avant l'âge ordinaire du mariage; les autres, à des maladies atteignant le cerveau et dont, la période d'incurabilité définitive est relativement courte, puisque suivant M. Luys lui-même, dans la paralysie générale confirmée, par exemple, la vie ne pourrait se prolonger plus de sept ans, même dans les meilleures conditions.

Reste un troisième groupe comprenant la manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, et c'est dans ce troisième groupe que l'on rencontre les cas dans lesquels il se produit des guérisons à une époque souvent très éloignée du début de la maladie. M. Luys déclare catégoriquement que, dans de semblables circonstances, après quatre ans pour les hommes et cinq ans pour les femmes, le médecin peut être fixé sur les désordres anatomiques graves dont le malade est frappé et dont il ne pourra plus se relever. M. Blanche le nie. Outre l'observation qu'il a déjà citée, observation recueillie avec le plus grand soin et les plus grands détails sur les registres de sa maison de santé, et qui démontre qu'après quinze ans une lypémaniaque peut être guérie, M. Blanche pourrait en invoquer bien d'autres, dans lesquelles la guérison a eu lieu plus de quatre ans, dix ans, douze ans après le début de la folie complète. Quand M. Luys aura atteint l'âge de M. Blanche, il en aura sans doute vu lui-même et il n'en niera plus la possibilité.

Il est très vrai que la folie d'un des conjoints peut être une grande cause de douleur pour l'autre. Mais, plus souvent que M. Luys, M. Blanche a vu celui-ci montrer un dévouement absolu, et non pas une défaillance de sentiment envers le malheureux aliéné.

Quant à la mesure proposée par M. Luys pour établir l'incurabilité, l'arbitrage de trois médecins, elle jetterait souvent les juges dans un grand embarras, car on ne peut pas espérer que les décisions de trois médecins soient toujours unanimes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Correspondance. — La correspondance comprend :

1° Une lettre du president de l'Association française pour l'avancement des sciences, invitant les membres de la Société médicale des hôpitaux qui désirent faire quelque communication au Congrès de La Rochelle, à en informer le secrétaire général de l'Association ;

2° Une lettre de MM. Moizard, Déjérine et Gombault, récemment nommés médecins du Bureau central, qui sollicitent leur nomination de membres titulaires ;

3° Une lettre d'invitation au Congrès international d'hygiène, qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain.

De la valeur des respirations anormales comme signe de début de la tuberculose pulmonaire commune.

M. Grancher fait sur cette question une communication, dont voici le résumé :

Tous les auteurs depuis Andral décrivent avec soin les respirations anormales que l'on peut observer au début de la tuberculose pulmonaire ; tous les livres classiques enseignent que la respiration *rude*, la respiration *saccadée*, la respiration *affaiblie* sont des signes d'une grande valeur. L'accord est à peu près unanime sur ce point et les divergences ne commencent à se produire que lorsqu'il s'agit d'établir le degré d'importance de tel ou tel de ces signes par rapport aux autres.

Mais, par une contradiction singulière, ces mêmes livres qui, au chapitre de la *symptomatologie*, vantent l'importance des respirations anormales font au chapitre du *diagnostic* de telles restrictions qu'il semble impossible d'affirmer la tuberculose tant ce signe est isolé, c'est-à-dire quand il n'existe pas en même temps que lui d'autres signes fournis par la percussion et la palpation. Le diagnostic de la tuberculose ne serait pratiquement possible que si la respiration *rude*, ou *saccadée*, ou *faible*, se trouvait associée à des craquements ou à de la submatité.

Tel est l'ensemble des signes physiques que les auteurs classiques, MM. Barth et Roger, en tête, croient nécessaires pour affirmer le début de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire la présence de tubercules crus. Quelques médecins attachent cependant une importance considérable à la respiration saccadée et ont tendance à la considérer comme caractéristique à elle seule du processus tuberculeux.

En fait la jurisprudence médicale est loin d'être fixée sur ce point, et la pratique de tous les jours, en ville et à l'hôpital, montre quelle incertitude règne sur le moment où il est permis de faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire. La plupart des médecins fidèles aux enseignements classiques attendent pour se décider ou la submatité ou même les craquements. La plupart méconnaissent les respirations anormales ou du moins n'en tirent aucune conséquence diagnostique jusqu'à ce que la percussion et la palpation aient fait percevoir une submatité nette et une augmentation des vibrations vocales.

Alors seulement il porte le diagnostic de tuberculose à la première période.

Cette manière d'envisager les choses est dangereuse et erronée, car elle laisse aux tubercules le temps de croître et elle repose sur une connaissance imparfaite de leur développement. Le tubercule cru, c'est-à-dire congloméré, réuni en masse suffisante pour modifier la sonorité thoracique ainsi que les vibrations représente une étape déjà très éloignée du début de la tuberculose.

Ces tubercules *adultes* formés par la réunion de follicules tuberculeux n'arrivent à cet état, au moins dans la tuberculose commune que très lentement; avant eux et pendant une période de temps quelquefois très longue que l'on peut appeler période de germination, le tubercule est à l'état embryonnaire, c'est-à-dire composé de corpuscules à peine visibles à l'œil nu et dispersés directement dans les lobules pulmonaires.

Dans cet état le processus tuberculeux est représenté par des lésions si minimes que ni la sonorité ni les vibrations physiologiques n'en sauraient être atteintes, seul le murmure vésiculaire est altéré. Plus tard seulement, après des semaines, des mois et même des années, la submatité apparaîtra ainsi que les craquements.

Dès lors la question qui se pose est la suivante : *l'une quelconque des respirations anormales suffit-elle à elle seule pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire?*

A cette question, je n'hésite pas pour ma part à répondre par l'affirmative. Oui, ces respirations anormales suffisent pour le diagnostic dans certaines conditions qu'il s'agit de déterminer.

Contrairement à l'opinion de quelques médecins, je pense que les modifications pathologiques de l'*inspiration* ont une plus grande valeur que celles de l'*expiration*, d'une part parce qu'elles sont beaucoup plus précoces, d'autre part parce que l'inspiration a partout le même caractère de douceur et donne partout la *même note*, ne diffère dans les divers points de la poitrine que par une intensité plus ou moins grande selon les régions, mais elle est identique dans les régions symétriques droites et gauches. Au contraire l'expiration varie d'intensité, même à l'état physiologique, selon le côté que l'on examine et aussi selon le mode respiratoire du malade.

Pour ces deux raisons, il importe d'étudier au début de la tuberculose le temps de l'inspiration.

La chose est vraie surtout pour l'inspiration *rude*, qui, selon moi, des trois respirations anormales précitées, a la valeur principale, parce que c'est elle que l'on observe le plus fréquemment et aussi parce qu'on l'observe longtemps avant les autres.

Ce type de respiration anormale présente trois degrés que l'on désigne ordinairement sous les noms de respiration *granuleuse*, respiration *rude*, respiration *râpeuse*, et qui correspondent naturellement à des lésions de plus en plus considérables.

A son degré le plus faible, l'inspiration rude ne constitue, il est vrai, qu'une nuance dont la perception est délicate et nécessite une assez grande habitude de l'auscultation. Néanmoins on arrive à la percevoir en auscultant exclusivement une série d'inspirations sur les clavicules droite et gauche et en les comparant.

D'habitude la rudesse de l'inspiration coïncide avec abaissement de sa tonalité ; dans ces circonstances, l'inspiration et l'expiration donnent la même note, tandis qu'à l'état physiologique elles sont séparées par un ton.

La sensation que donne cet abaissement de tonalité est quelquefois plus perceptible, pour une oreille même peu exercée, que celle qui résulte de la rudesse proprement dite ; ces signes s'entendront surtout sous la clavicule ; dans les fosses sus-épineuses, l'auscultation est trop difficile pour reconnaître de telles nuances.

Cette respiration *rude* et *basse* est le plus souvent réalisée par la présence des tubercules, mais elle peut être aussi en rapport avec la congestion pulmonaire et avec l'inflammation superficielle des petites bronches ; il faut donc, pour qu'elle ait sa valeur de définition de la tuberculose, qu'elle se produise dans certaines conditions.

Elle doit être *localisée* au sommet du poumon, et, en second lieu, elle doit être *permanente*, c'est-à-dire persister sans modification pendant des semaines ou des mois.

En pareil cas, lors même que l'inspiration rude tiendrait à une congestion pulmonaire ou a une bronchite chronique, la circonscription de ces lésions au sommet et leur fixité prouveraient qu'elles sont secondaires et imposeraient le diagnostic de tuberculose.

Il va sans dire d'ailleurs que l'on doit tenir un grand compte des symptômes généraux et des phénomènes rationnels que présentent presque toujours les malades ; mais les symptômes de cet ordre manquent quelquefois ou sont peu apparents.

La respiration *saccadée* constitue aussi un bon signe de la tuberculose ; mais elle est, à mon avis, bien moins fréquente que la précédente, et elle se montre beaucoup plus tard. En outre, sa pathogénie est encore plus complexe que celle de l'inspiration rude, et par conséquent les chances d'erreur auxquelles elle expose sont beaucoup plus nombreuses.

Quant à la respiration *faible*, elle est certainement plus commune que la respiration saccadée, mais elle s'observe à une période encore plus avancée, ce qui diminue son importance.

Il va de soi que je ne fais allusion ici qu'à la forme commune de la tuberculose à marche lente, car, dans les formes aiguës ou subaiguës à type pneumonique ou pleurétique, la respiration faible joue au contraire un rôle prépondérant.

J'arrive donc aux conclusions suivantes :

Vu la nécessité de faire le plus tôt possible le diagnostic de la tuberculose, il faut attacher aux respirations anormales une valeur plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Quand elles sont *localisées* à un sommet, surtout au sommet gauche, et qu'elles sont *permanentes*, ces respirations anormales ne permettent pas seulement de faire le diagnostic, elles l'imposent à elles seules, sans aucune modification du son, ni des vibrations vocales, sans aucun signe adventice, craquements, etc...

Ces inspirations anormales sont, par ordre d'importance : l'inspiration *rude et basse*, la respiration *saccadée*, la respiration *affaiblie*.

L'inspiration *rude et basse* est celle qui a la plus grande valeur, parce qu'elle est la plus fréquente et la plus précoce.

Ces conclusions ne sont pas applicables aux malades qui ont souffert antérieurement d'une pleurésie généralisée, d'une pneumonie ou de toute autre maladie grave de la plèvre ou du poumon.

Elles ont, au contraire, leur valeur maxima chez les jeunes gens et les jeunes filles suspects, pour quelque raison que ce soit, d'un processus tuberculeux.

Action comparée de l'acide phénique et de l'acide salicylique. — M. Ferrand donne lecture de son rapport sur les travaux de M. le docteur Desplats, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille, envoyés par l'auteur à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société, et notamment sur son mémoire relatif à l'action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude dans les maladies fébriles.

Dans un précédent mémoire, l'auteur avait déjà fait remarquer que l'acide phénique, employé dans les affections fébriles, amenait promptement un abaissement notable de la température ; qu'il pouvait être appliqué sans danger, à la condition de surveiller avec soin l'état du cœur et des reins, surtout si l'on y avait recours pendant un certain temps. L'acide phénique est donc un antiseptique pouvant être administré à tous les fébricitants, même à doses relativement élevées

Dans son nouveau travail, M. Desplats étudie l'action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude. Ces deux médicaments ont une action prompte et efficace, assez analogue pour que, dans le rhumatisme notamment, où l'on connaît les heureux résultats obtenus par le salicylate de soude, l'acide phénique puisse, dans certains cas, lui être substitué.

Lorsque l'un ou l'autre de ces médicaments présentent quelques difficultés d'administration par la bouche, telles que répugnance des malades, troubles gastriques, etc., on peut recourir à la voie rectale. Survient-il quelques troubles urinaires, ils sont généralement de peu d'importance, et il suffit de diminuer les doses pour les faire cesser ; des accidents d'albuminurie sont-ils constatés, ce qui est assez rare, on se contente d'en suspendre l'emploi pendant quelque temps.

M. Desplats cite le cas d'un phthisique auquel, pour combattre une fièvre intense, il a fait prendre pendant deux mois consécutifs deux lavements phéniqués par jour, contenant chacun 50 centigr. d'acide phénique sans déterminer aucun accident.

L'auteur termine son mémoire par cette conclusion que « l'acide phénique et le salicylate de soude sont d'excellents agents antithermiques et antialgésiques sûrs dans leur action, rapides à la produire, impuissants à la maintenir, mais par cela même faciles à éliminer et par conséquent d'un usage peu dangereux. »

A la suite de cette lecture, une longue discussion s'engage à laquelle prennent part tour à tour plusieurs membres. M. Dujardin-Beaumetz, ne considère pas toujours comme aussi bénins qu'on veut bien le dire, les lavements phéniqués ; si l'abaissement de la température est considérable il est vrai (elle tombe parfois de 40 à 36°), par contre elle semblerait faciliter la tendance aux congestions pulmonaires, surtout dans les cas où les lavements ne sont pas rendus.

M. Damaschino partage, en grande partie, la manière de voir de M. Dujardin-Beaumetz, tout en faisant remarquer que, depuis dix-huit mois, les fièvres typhoïdes ont une tendance marquée à se compliquer de broncho-pneumonie grave, en vertu de ce *quid ignotum* qu'on appelle le génie épidémique.

M. Rathery a vu des lavements contenant 50 centigr. d'acide phénique abaisser la température rectale jusqu'à 35° 1/2. De plus la convalescence lui a semblé traînante et plus longue.

M. Gérin-Roze n'a jamais eu d'accidents par l'emploi des lavements phéniqués. Il est vrai qu'il les prescrit à la dose de 2 gr. dans 500 gr. d'eau, de telle sorte que les malades les rendent dans l'espace de deux à trois heures. Les sueurs ont été parfois si abondantes qu'il a dû abaisser la dose d'acide phénique à un gramme.

M. Sirefey, au contraire, en présence des accidents dont il a été témoin, a complètement renoncé à l'emploi des lavements phéniqués, si ce n'est comme désinfectants des garde-robes.

M. Dreyfus-Brissac a traité depuis un certain temps tous les malades atteints de fièvre typhoïde par les lavements phéniqués. Les résultats obtenus ont été absolument différents, selon que tel ou tel interne en pharmacie était attaché à son service. Etait-ce une simple coïncidence ? Y avait-il là une influence saisonnière ? Toujours est-il que sous le règne de l'un d'eux, il observa des accidents pulmonaires dont quelques-uns furent mortels, tandis que sous le second il ne constata aucun phénomène morbide particulièrement grave.

Quoi qu'il en soit, l'action anti-thermique des lavements phéniqués a toujours été très passagère, et au bout de deux heures la température se relevait rapidement, parfois même au-dessus du chiffre atteint avant l'administration de ce médicament. De plus la marche de la maladie n'en a jamais été influencée.

M. Du Castel a obtenu, de l'emploi des lavements d'eau froide, des résultats aussi favorables, quant à l'abaissement de la température, sinon même plus, que par l'usage des lavements phéniqués.

M. Ferrand fait remarquer combien est différente l'action du lavement phéniqué, selon qu'il a été précédé ou non de l'administration d'un lavement simple destiné à débarrasser l'intestin des matières qu'il renferme. Il commence donc presque toujours par faire donner un lavement froid, et si celui-ci ne réussit pas à abaisser suffisamment la température, il a recours alors aux lavements phéniqués, à la dose de 25 centigr. par lavement et répétés 4 fois par jour.

M. Féréol ne croit pas à l'heureuse influence de l'acide phénique sur le cours de la maladie ; il a de plus observé certains accidents (sueurs abondantes, congestions, état cynique). tels qu'il n'est pas encouragé à en continuer l'usage.

M. Labbé rapporte le fait d'un jeune garçon auquel on administra par erreur, à deux reprises différentes, un lavement contenant 3 gr. et demi d'acide phénique et qui n'éprouva pour tous accidents qu'un abaissement de température considérable et tel qu'on eut toutes les peines du monde à le réchauffer.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Varèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Sée fait une communication sur les effets des injections d'iodoforme dans les articulations atteintes de fongosités Ce moyen thérapeutique pour les tumeurs blanches a déjà été mis en usage à l'étranger, mais il n'avait pas encore été employé en France.

M. Sée l'a appliqué dernièrement à une petite fille de 15 ans, entrée à l'hôpital Rotschild pour des tumeurs blanches des deux genoux, et il en a obtenu de très bons résultats.

Voilà comment M. Sée a procédé : Il a injecté dans le genou gauche, au côté externe de la rotule, la moitié d'une seringue de Pravaz d'une solution concentrée d'iodoforme dans l'éther. Cette injection fut suivie immédiatement d'une douleur très vive, avec inflammation et gonflement du genou.

Ces accidents disparurent bientôt par le repos et les cataplasmes; quinze jours plus tard, il y avait une amélioration notable dans l'affection articulaire. M. Sée répéta cette injection deux fois dans chaque genou, puis fit un peu de compression élastique et obtint avec ce traitement une si grande amélioration dans l'état de sa malade que l'on peut presque la considérer comme guérie. La mobilité latérale a disparu et les mouvements dans les deux genoux sont relativement faciles et revenus presque à l'état physiologique.

M. Desprès : J'ai fait trois fois des injections iodées dans des articulations atteintes d'arthrite chronique avec hydarthrose, et deux fois j'ai eu des guérisons radicales. Mais dans les cas de tumeur blanche sans épanchement, comme l'a fait M. Sée, c'est un procédé nouveau; mais l'on ne peut pas dire que la malade de M. Sée fut guérie; elle était très améliorée, mais non complètement guérie.

M. Verneuil : Dans la communication de M. Sée, il y a deux questions. Il y a d'abord une question de thérapeutique, celle des injections interstitielles dans les fongosités articulaires, comme l'a déja fait M. Le Fort, injections qu'il ne faut pas confondre avec les injections intra-articulaires. Il y a ensuite une question d'anatomie pathologique; on fait souvent confusion et l'on considère les fongosités articulaires comme étant toujours sous la dépendance de la scrofule. Pour moi j'admets trois espèces de fongosités articulaires :

1o Les fongosités qui sont la conséquence d'une synovite rhumatismale chronique;

2o Les fongosités dépendant d'une synovite tuberculeuse ;

3o Les fongosités symptomatiques d'une lésion osseuse.

Cette distinction est importante en pratique. En effet, dans le premier cas, l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire; les injections iodées et la compression, continuées pendant plusieurs mois, amènent la guérison. Si l'on a affaire à des fongosités symptomatiques de lésions osseuses, il suffit de réséquer les os malades sans toucher aux fongosités. Quant aux synovites tuberculeuses, les demi-mesures ne valent rien, et le plus souvent il faut faire l'amputation.

M. Lannelongue : Je n'admets que deux variétés de fongosités :

1o La fongosité tuberculeuse ayant pour caractère exclusif la présence du tubercule, ou nodule tuberculeux tel que nous la concevons aujourd'hui;

2o La fongosité dite inflammatoire ou simple, se composant d'éléments embryonnaires et n'ayant pas de nodule tuberculeux; elle a pour type le bourgeon charnu, les granulations des plaies.

Mais cette question est d'une grande importance et mérite d'être discutée longuement, aussi je demande qu'elle soit mise à l'ordre du jour.

M Horteloup lit un travail de M. Daniel Mollière, de Lyon, intitulé : *De l'extirpation préventive des fongosités périarticulaires dans le traitement des tumeurs blanches.* L'auteur donne les détails d'une opération de ce genre qu'il a pratiquée chez une jeune femme. La malade était atteinte d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne; après avoir fait une incision cruciale, il enlève les fongosités développées dans la gaine des péroniers, où elles étaient très abondantes; il a ouvert l'articulation tibio-tarsienne, et l'articulation astragalo calcanéenne pour pouvoir enlever totalement toutes les fongosités qui existaient. Le résultat a été excellent et la malade a parfaitement guérie, sans aucune raideur articulaire.

M. Trélat : L'opération de M. Daniel Mollière n'est pas nouvelle et ne diffère en aucune façon de celle exposée dans la thèse de Vidart.

M. Lucas-Championnière : C'est l'ablation des fongosités articulaires telle que la pratiquent beaucoup de chirurgiens, et cela ne peut mériter le nom d'une méthode nouvelle.

M. Trélat : Je viens présenter de nouveau à la Société une malade que je lui ai déja présentée au mois de décembre dernier, et à laquelle j'ai pratiqué la colotomie lombaire pour un volumineux épithélioma du rectum. Il y a donc sept mois qu'elle a été opérée, et depuis ce temps elle a retiré un grand bénéfice de l'opération; son état général est très bon et je suis moi-même étonné de ce résultat. Je ne puis m'empêcher de rapprocher ce fait de deux autres que j'ai eu l'occasion d'observer depuis. L'un a rapport à un homme chez lequel je fis de bonne heure le diagnostic d'un épithélioma du rectum : je lui enlevai largement sa tumeur. Cinq semaines après, il y eut récidive, nouvelle opération, encore plus large que la première; la tumeur récidive de nouveau et le malade succomba rapidement.

Dans un autre cas, j'enlevai encore un épithélioma du rectum, et après l'opération il se développa une cellulite pelvienne, et la malade succomba. Voilà donc deux opérations curatives qui ont eu la mort pour résultat, tandis que la malade à laquelle j'ai fait la colotomie survit depuis sept mois et est dans un état de santé relativement très bon. Je ne veux pas déduire de ces faits qu'il faille pratiquer la colotomie lombaire dans tous les cas d'épithélioma du rectum, mais je crois que toutes les fois que cette opération semblera indiquée, il ne faut pas hésiter à la pratiquer.

M. Félizet : communication : *Trépanation pour un traumatisme du crâne avec hémiplégie droite.*

Le travail de M. Félizet est renvoyé à M. Berger, qui est chargé d'en faire un rapport.

Dr Henri Bastard.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas d'anatomie topographique du cerveau et des localisations cérébrales, par E. Gavoy, médecin-major de première classe des hôpitaux militaires, contenant 200 pages de texte in-4 et 18 planches de grandeur naturelle, dessinées d'après nature par l'auteur et chromolithographiées par A. Lefèvre. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. 1882. — 36 fr.

L'ouvrage que publie sous ce titre le docteur E. Gavoy présente un exposé très fidele et très complet des nombreuses et intéressantes découvertes dont s'est enrichie, dans ces derniers temps, grâce aux progrès de l'anatomie normale et pathologique aidée de l'expérimentation physiologique et de l'observation clinique, l'étude de la structure et du fonctionnement du cerveau. « Sachant par expérience, dit l'auteur, combien l'étude des localisations cérébrales est aride et difficile au début, je me suis proposé de vulgariser, à l'aide de planches coloriées, grandeur naturelle, faites d'après nature, et dans une esquisse synthétique, les travaux qui ont paru sur ce sujet dans divers bulletins des Sociétés savantes de France et de l'étranger ou dans des monographies. »

Le travail de notre collègue de la médecine militaire est divisé en deux parties; la première comprend : 1o la mor-

phologie du cerveau; 2o les recherches de physiologie expérimentale pour la détermination du siège des centres moteurs; 3o la vérification de ces résultats par l'anatomie pathologique, appuyée sur des observations cliniques empruntées à divers auteurs; 4o la relation qui existe entre les phénomènes physiologiques, les observations cliniques et les éléments morphologiques révélés par l'étude histologique de la substance cérébrale.

La deuxième partie est consacrée à la topographie cranio-cérébrale et à l'étude des localisations à la pathologie.

Les magnifiques planches chromolithographiées par A. Lefèvre, qui figurent au nombre de dix-huit dans le corps de l'ouvrage, reproduisent avec une très grande exactitude les moindres détails de l'anatomie topographique du cerveau et rendent accessible à tous l'étude des localisations cérébrales, qui, pendant ces dernières années, a pris tant d'importance en médecine, grâce aux recherches qui ont été consacrées à cet intéressant sujet en France et à l'étranger.

Les quatre premières planches représentent la face externe, la face supérieure, la face interne et la face inférieure du cerveau; après avoir décrit minutieusement les scissures et les circonvolutions qui existent en si grand nombre sur chacune de ces faces et les connexions que certaines circonvolutions présentent les unes avec les autres, l'auteur rappelle les recherches expérimentales sur les centres moteurs de l'écorce cérébrale entreprises par Fristch et Hitzig d'une part, et par Ferrier d'une autre part, relativement à la détermination de ces centres et à leur localisation sur des points plus ou moins limités de la surface des hémisphères, recherchee poursuivies avec bonheur par Nothnagel, par Schiff, par Braun, par Eckard, par Carville et Duret, enfin par Charcot. Mais comme ces localisations indiquées par la physiologie « ne peuvent avoir de valeur qu'après avoir subi l'affirmation des observations fournies par l'anatomie pathologique », notre savant confrère reproduit en outre un grand nombre d'observations cliniques empruntées à divers auteurs et qui démontrent de la façon la plus nette et la plus positive l'existence dans la substance corticale d'une zone excitable ou *motrice* et d'une zone non-excitable ou *latente*, dont la première comprend les deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ainsi que les parties voisines qui se trouvent en contact immédiat avec ces deux circonvolutions, et probablement aussi le lobule paracentral situé sur la face interne de chaque hémisphère

Gavoy étudie ensuite les rapports des lésions corticales du cerveau avec les dégénérescences spinales secondaires et de l'hémiplégie corticale avec l'atrophie musculaire, d'après les faits expérimentaux établis par Vulpian, Frank et Pitres, Carville et Duret, Déjerine, et d'après de nombreuses observations cliniques empruntées à divers auteurs.

La planche V indique l'origine apparente des nerfs à la face inférieure de l'encéphale.

La planche VI représente le *centre ovale de Vieussens*, avec son *écorce grise* et sa *substance blanche* ou *médullaire* formée par des fibres nerveuses, les unes *convergentes*, les autres *commissurantes*, unies par une trame de tissu conjonctif; et, à ce propos, notre confrère insiste avec soin sur les intéressantes recherches instituées par Putnam, par Carville et Duret, puis par Hermann et par Albertoni, relativement à l'excitabilité des faisceaux qui sont en continuité avec la face profonde de la substance corticale des centres moteurs; quant au *corps calleux*, ses fonctions sont malheureusement encore loin d'être nettement déterminées.

La planche VII est consacrée à l'étude des *ventricules cérébraux*.

La planche VIII reproduit la configuration des *masses ganglionnaires centrales* constituées, comme on sait, par deux noyaux, le *corps strié* et la *couche optique*; d'où le nom de *corps opto-striés*, par lequel on les désigne également. Ces masses ont une circulation propre, indépendante de l'appareil vasculaire de la substance corticale et médullaire. Alors que les observations physiologiques et pathologiques tendent à faire attribuer au corps strié un rôle comme centre moteur des muscles du côté opposé du corps et principalement des muscles fléchisseurs, la couche optique semblerait plutôt un centre en relation avec la sensibilité inconsciente et le système vaso-moteur (Nothnagel), ou même avec les sens (E. Fournié).

Les planches IX, X et XI représentent des coupes verticales et transversales du cerveau, faites d'après la méthode de Pitres, mais un peu plus rapprochées du centre; elles sont destinées à montrer les régions antérieure, moyenne et postérieure des masses ganglionnaires centrales.

La planche XII comprend trois figures qui reproduisent des coupes antéro-postérieures de ces masses et les noyaux centraux.

L'auteur insiste avec soin sur le rôle exercé, d'une part par les oblitérations vasculaires par thrombose ou embolie; d'une autre part, par les ruptures vasculaires et les hémorragies sur les lésions destructives et principalement sur le ramollissement partiel de la substance cérébrale. Puis il présente une nouvelle série d'observations qui viennent à l'appui des expériences physiologiques pour démontrer la concordance des lésions limitées et ayant leur siége dans les différentes zones de la région fronto-pariétale représentées sur ces trois coupes frontale, pariétale et occipitale (Pl. IX, X et XI) avec certains symptômes appréciables que déterminent ces lésions.

Les planches XIII, XIV et XV représentent la distribution des vaisseaux sanguins à la face inférieure, à la face externe et à la face interne de l'encéphale; et dans la description très minutieuse et très complète que Gavoy consacre à cette étude, il a soin de mentionner les observations dans lesquelles certains symptômes et certaines lésions ont paru provenir de l'oblitération de ces vaisseaux par des thromboses ou des embolies.

« L'étude de la morphologie du cerveau et des localisations des centres moteurs de la substance corticale ne peut recevoir d'applications pratiques qu'après avoir été complétée par l'examen des rapports anatomiques de la surface externe du cerveau avec les parois du crâne, c'est-à-dire par la topographie cranio-cérébrale. De leur ensemble résulte un groupe de notions précieuses à la thérapeutique chirurgicale pour éclairer le diagnostic, préciser les indications ou pour servir de guide dans l'opération du trépan. » La seconde partie de l'ouvrage est donc consacrée à la topographie cranio-cérébrale à et l'application de l'étude des localisations à la pathologie.

La planche XVI comprend plusieurs figures qui représentent les faces antérieure, supérieure, postérieure et latérale de la surface extérieure du crâne; la planche XVII est consacrée à l'étude de la voûte et de la base de l'endocrâne et à l'indication du siége des centres moteurs d'après Charcot, d'après Hitzig, d'après Ferrier, d'après Carville et Duret.

Enfin, la planche XVIII, qui offre le profil d'un crâne, gran-

denr naturelle, sur lequel l'ablation des pariétaux permet de voir une grande partie de la surface corticale du cerveau, est destinée à faciliter l'étude de la topographie cranio-cérébrale.

L'auteur insiste sur ce fait que les rapports précis du cerveau avec le crâne ne peuvent être déterminés exactement que par l'examen attentif des deux surfaces en contact, à l'aide des moyens très rigoureux basés sur des données immuables, imaginés et employés en France par Broca (1861), en Allemagne par Bischoffen (1868) et par Ecker (1876); en Russie par Landzert et Heffter (1873), en Ecosse par Turner (1873); enfin, plus récemment, par Ch. Féré à la Salpétrière (1875).

Gavoy termine son travail en appelant l'attention sur les applications des localisations cérébrales à la pathologie et principalement à l'opération du trépan. Il a reproduit la plupart des observations remarquables dans lesquelles l'étude des localisations a conduit certains opérateurs à des interventions chirurgicales plus ou moins heureuses, telles que celle de Broca (Voy. *Revue d'antropologie,* 1876, tome V, n° 2); celle de Cras (Séance de la Société de chirurgie du 20 décembre 1876); celle de Lucas-Championnière (Société de Chirurgie, 1876); celle de Proust et Terrillon (Bulletin de l'Académie de médecine, 28 novembre 1876); et enfin la nôtre (*Contributions à l'histoire du trépan,* in Bulletin de la Société de chirurgie, 1876, tome II, p. 97).

Nous félicitons vivement notre distingué collègue de la médecine militaire de son remarquable travail auquel nous prédisons un grand succès. Ce livre trouvera naturellement sa place dans la bibliothèque de l'étudiant en médecine et de tout médecin praticien qui cherchera à s'éclairer sur cette question des localisations cérébrales, si importante et si intéressante, si féconde en applications pratiques.

Il ne paraît pas éloigné le temps où l'anatomie du cerveau se bornait à une énumération sèche et fastidieuse des différentes parties de cet organe, et où l'on n'attachait qu'une bien faible importance à la description détaillée de la surface des hémisphères, à la situation et à la disposition des scissures, à la topographie des circonvolutions; on était alors persuadé que la majeure partie de la substance cérébrale et principalement l'écorce cérébrale restait insensible aux moyens d'excitation appliqués sur elle. Il n'en est plus de même aujourd'hui; aussi, quand on songe à l'importance que prend chaque jour l'étude des localisations cérébrales, on comprend quelle œuvre utile a entreprise le docteur Gavoy et quel immense service notre camarade a rendu au corps médical en publiant son magnifique atlas.

A. Marvaud.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, est mort subitement mercredi dernier.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Despureux, médecin principal de première classe en retraite, qui a succombé à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— La Chambre des députés vient de perdre l'un de ses membres, M. le docteur Vinatier, représentant de la deuxième circonscription de l'Allier, décédé le 7 juin 1882. Le président de la Chambre a rappelé, en termes qui ont vivement touché ses collègues, que M. Vinatier était un des types de ce « médecin de petite ville et de campagne, passionné pour la science et pour l'humanité, et dont la vie est un dévouement de tous les jours et de toutes les heures. » Cette oraison funèbre a été vivement applaudie.

***

Société de médecine légale. — Sont nommés : 1o membres honoraires : MM. les docteurs Cazelles, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Duguet, médecin des hôpitaux ; 2o membres titulaires : MM. les docteurs Foville, inspecteur général du service des aliénés, Pinard, accoucheur des hôpitaux et agrégé de la Faculté, et Vibert, médecin expert des tribunaux.

***

Concours de Berck-sur-Mer. — Les membres du jury du concours pour la nomination d'un interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui s'est ouvert le 8 de ce mois, sont : MM. Bergeron, Hanot et Schwarz. Le nombre des candidats est de quatre. Le sujet de la première épreuve, qui est une composition écrite, a été : Ligaments de l'articulation coxo-fémorale ; signes de la coxalgie.

***

Hopital de Saint-Denis. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hôpital de Saint-Denis (Seine). L'administration des hospices de cette ville invite les élèves qui voudraient obtenir cet emploi à se faire inscrire immédiatement à l'économat de cet établissement. Pour être admis, les candidats devront justifier de seize inscriptions de doctorat ou du titre d'externe avec douze inscriptions.

Un traitement de 500 francs est alloué à la place d'interne de l'hôpital de Saint-Denis en plus de la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage.

***

Concours de l'adjuvat. — Le concours à huit places d'aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Jonnesco, Broca, Hache, Chaput, Ricard, Wickham, Asjaky et Barbulée.

***

Service des Enfants-Assistés de la Seine. — Par arrêté préfectoral du 6 mai 1882, sont nommés, à titre définitif, médecins de ce service : MM. les docteurs Pirotois, chargé de la circonscription de Fougéres (Ille-et-Vilaine) ; Ravet, chargé de la circonscription de Saint-Benin d'Azy (Niévre); Lemoine, chargé de la circonscription de Château-Chinon (Indre); Théry, chargé de la circonscription de Courrière (Pas-de-Calais); et Tournier, chargé de la circonscription de Druges (Orne).

***

Ecole de médecine d'Arras. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 11 février 1882, il sera ouvert, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours, qui doit avoir lieu le 16 août 1882.

— Par arrêté de la même date, il sera ouvert, le même jour, dans la même Faculté, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à ladite Ecole d'Arras.

***

Société d'anthropologie. — Une Société d'anthropologie vient d'être créée et inaugurée dans la ville de Bruxelles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

Epidémie de 1878. — 175. M. Aussourd. De l'élévation de la température dans les néoplasmes et en particulier dans le cancer du foie. — 176. M. Chameroy. Traitement des abcès froids tuberculeux des parties molles par le drainage et les antiseptiques. — 177. M. Dupont. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations carboniques. — 178. M. Yvon. De l'ankylose de la rotule. — 179. M. Naudet. Des périostases craniennes dans la période secondaire de la syphils.—180. M. Guignard. Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extra-génitaux. — M. Labbé. Etude sur les granulations de Pacchioni suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne. — 182. M. Pannier. Etude sur l'occlusion des paupiéres chez l'embryon. — 183. M. Raynal. De l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des tumeurs solides. —184. M. Nunez. Etude sur les vices de conformation de l'uréthre chez la femme.—185. M. Gauquelin. Etude de la mégaloglossie. — 186. M. Bastard. De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. — 187. M. Battesti. Du staphylôme pellucide et de son traitement.—188. M. Boussavit. Contribution à l'étude de la cystite des calculeux. — 189. M. Cohadon. Contribution á l'étude de l'albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. — 190. M. Vogelin. Contribution à l'étude du purpura alcoolique. — 191. M. Pascaud. De quelques appareils orthopédiques employés dans le traitement du pied-bot. — Appareil à plaquette.—192. M. Momon. De la septicèmie péritonéale á la suite de la kélotomie.—193. M. Jeanpierre. Considération sur la rétraction de l'aponévrose palmaire.—194. M. Cornille. De la contagiosité de la tuberculose aux points de vue historique et prophylactique. — 195. M. Landouzy. Considérations sur la tuberculose pulmonaire dans l'armée. — 196. M. Audibert. Des fièvres intermittentes dans le département de la Corrèze. — 197. M. Feré (Charles). Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales ; amblyopie croisée et hémianopsie.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 26 MAI AU JEUDI 8 JUIN 1882

Fiévre typhoïde 41. — Variole 11. — Rougeole 36. — Scarlatine 7. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 60. — Dysenterie 3. — Erysipéle 6. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 64 — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 28. — Pneumonie 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 72. — au sein et mixte 28. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 62. — de l'appareil respiratoire 65. — de l'appareil digestif 39. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 6. — Aprés traumatisme : Fiévres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1131 décés.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 25 24 JUIN 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 22 juin 1882.

Académie de médecine. — DE LA PILOCARPINE DANS LE TRAITEMENT DE LA RAGE. — VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA PILOCARPINE.

En rendant compte, dans le dernier numéro de ce journal, de la communication de M. Denis-Dumont sur un cas de rage guérie par l'emploi des injections sous-cutanées de pilocarpine, nous annoncions que M. Bouley avait entre les mains un rapport sur un cas analogue, et nous avons fait allusion aux essais infructueux tentés par d'autres médecins, dans le but de faire servir les propriétés diaphorétiques et sialagogues de la pilocarpine à l'élimination du virus rabique. On devait se demander, disions-nous, dans quelles conditions s'est effectuée l'administration de la pilocarpine dans ces cas malheureux, plus nombreux que nous ne le croyions d'abord, et s'il y avait là de quoi expliquer l'insuccès d'une tentative qui paraissait avoir fait merveille entre les mains du chirurgien en chef de l'hôpital de Rouen. Des éclaircissements ont été fournis sur ces questions dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

Tout d'abord, M. Bouley est venu confesser à la tribune l'empressement par trop hâtif qui l'avait poussé à mettre en parallèle l'observation lue par M. Denis-Dumont dans la séance du 13 juin et celle qui devait faire l'objet de son rapport et qui avait été communiquée à l'Académie par M. Dartigues (de Pujol). Le fait rapporté par ce dernier est loin de pouvoir être considéré comme un cas de rage authentique, et la médication mise en œuvre, et à laquelle l'auteur attribue la guérison de son malade, était en somme des plus complexes : elle comprenait, outre l'emploi des injections sous-cutanées de pilocarpine, l'administration de l'hyoscíamine, de la strychine, du mono-bromure de camphre, le séjour prolongé dans une caisse transformée en une étuve à vapeur, le tout pour répondre à des préoccupations théoriques, à une certaine manière de concevoir la pathogénie de la rage, qui a arraché à M. Bouley un jugement bien sévère ! Ce qui n'est pas douteux, c'est qu'une expérience thérapeutique faite dans ces conditions ne saurait être invoquée en faveur de la curabilité de la rage par l'emploi de la pilocarpine.

M. G. Sée est venu ensuite faire le procès sommaire de cet agent thérapeutique si vanté à l'étranger ; sa communication, courte mais substantielle, comprend deux parties bien distinctes. D'une part, M. Sée nous apprend que, sans idées préconçues, M. Sevestre, que nous avons déjà cité, M. Potain et lui-même ont eu recours aux injections sous-cutanées de pilocarpine chez des malades atteints de la rage et qui sont morts. Et pourtant la médication a été employée avec une certaine insistance, car chez le malade de M. Sevestre on pratiqua dans l'espace des quarante-huit heures qui ont précédé le dénouement fatal six injections de nitrate de pilocarpine de la valeur de DEUX CENTIGRAMMES chaque. Chez le malade de M. G. Sée on fit trois injections dans moins de vingt-quatre heures, et à ce moment on dnt suspendre cette médication, parce que les symptômes de la rage n'avaient fait que s'aggraver. Voilà qui répond à une des questions que nous avons posées dans notre dernier article, et qui était de savoir si, dans les cas d'insuccès, on avait insisté sur l'emploi des injections sous-cutanées de pilocarpine avec autant de persévérance que M. Denis-Dumont. Comme d'autre part ces cas malheureux sont déjà au nombre de six, y compris les trois mentionnés à la tribune de l'Académie par M. G. Sée, il est difficile d'admettre que les insuccès aient eu pour seule cause l'emploi de la médication à une période trop tardive de la rage confirmée.

Est-ce à dire qu'il faille passer condamnation sur la communication de M. Denis-Dumont et lui dénier toute valeur? Ce n'est pas l'avis de M. Bouley, et d'autres penseront comme lui. L'auteur de cette communication n'a pas cherché à imposer des conclusions prématurées. Il a soumis à l'appréciation de l'Académie un fait observé sans parti pris, avec une rigueur tout à fait scientifique ; ce fait, dans son expression clinique, offre avec la rage la plus grande ressemblance. Le malade en cause est soumis à un traitement, il guérit. Le médecin, loin de s'attribuer la gloire de cette guérison, exprime ses scrupules, se demande si c'est bien de la rage que son malade était atteint ; il s'informe de toutes les circonstances du fait et tout parle en faveur de cette présomption. Eh bien ! avant de conclure à une erreur de diagnostic ou à une simple coïncidence entre le traitement institué et la terminaison favorable des accidents, il est désirable que de nouveaux essais aient lieu, et les faits annoncés à la tribune de l'Académie ne sauraient encore autoriser un jugement sans appel.

Autre chose est quand M. G. Sée, avec son autorité incontestable en matière de thérapeutique, s'élève contre les assertions fantaisistes qui ont été émises à l'étranger sur la prétendue efficacité de la pilocarpine dans le traitement de l'albuminurie de la diphtérie. Les néphrites, ou bien guérissent d'elles-mêmes, comme il arrive ordinairement pour la néphrite scarlatineuse, ou bien résistent, en tant que lésion anatomique, à nos moyens de traitement, et M. Sée ne reconnaît à la pilocarpine aucune action salutaire, même en ce qui concerne les simples

manifestations de la lésion rénale. Quant à la diphtérie, c'est avec plaisir que nous avons entendu notre ancien maître développer à la tribune de l'Académie des idées que nous avons soutenues dans ce journal. Il se commet en Allemagne, sous le couvert d'une dénomination impropre, la *diphtérie*, une confusion regrettable dont le moindre inconvénient est de faire croire à des guérisons d'angine diphtéritique chez des malades qui n'ont eu que des dépôts pultacés sur les amygdales. Mais tel traitement qui réussit à merveille contre des accidents susceptibles de guérir spontanément est étendu aux cas de diphtérie vraie, où le danger réside autant dans une infection septique que dans les localisations de la maladie. Or, en pareils cas, le traitement est presque toujours inefficace; souvent même il est dangereux, et c'est ce qui a lieu avec la pilocarpine. Si M. G. Sée n'avait pas eu à cœur de sacrifier à l'empirisme devant ses collègues de l'Académie, il n'eût pas manqué d'entrer dans quelques détails sur les raisons de cette nocuité. Ce qu'on nous donne pour de la pilocarpine renferme en réalité deux alcaloïdes distincts : la jaborine, comparable au point de vue de ses effets physiologiques à l'atropine, et la pilocarpine proprement dite, dont l'analogie d'action avec la *nicotine* est aujourd'hui bien démontrée. C'est-à-dire que la pilocarpine renferme deux poisons vio lents du cœur, et qu'elle est par excellence un dépresseur du muscle cardiaque. Que penser, dès lors, de l'administration de cette substance dans une maladie où, à une certaine période, il y a tout à craindre de la paralysie cardiaque engendrée par l'infection diphtéritique?

Non seulement M. G. Sée a eu raison de dire bien haut qu'on n'avait pas guéri un seul malade atteint de diphtérie vraie par l'emploi de la pilocarpine, mais il reste à savoir combien on en a tués.

E. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

TAILLE HYPOGASTRIQUE SUR UN HOMME DE SOIXANTE ET ONZE ANS. — GUÉRISON. — Considérations générales sur le manuel opératoire et les soins consécutifs de cette opération, par M. LE DENTU, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Suite — Voir le numéro 24.

La vessie était médiocrement relevée vers la paroi abdominale par le ballonnement; il fallut la chercher, car elle ne s'offrit pas d'elle-même, en quelque sorte, aux instruments, malgré l'introduction préalable d'un conducteur. Pour que le ballonnement donne tout ce qu'il promet, il faut qu'il soit porté aussi loin que dans mon opération, et pour qu'on puisse le porter plus loin, il faut qu'on n'ait pas à craindre d'agir d'une façon fâcheuse sur la vessie ou le rectum, en exagérant l'inertie préalable de ces organes.

II. — *Incision des parties molles extra-vésicales et de la vessie au moyen du thermo-cautère.* — Il ne faut pas perdre de vue que le principal danger de la taille hypogastrique est l'infiltration d'urine et que cette complication est facilitée par la laxité des tissus qui séparent la vessie des muscles grands droits de l'abdomen. En effet, lorsqu'on a incisé la ligne blanche, on rencontre une couche de tissu adipeux qui adhère par en haut au cul-de-sac péritonéal et se prolonge par en bas derrière le pubis, jusqu'à la paroi supérieure de la loge prostatique. Comme il serait dangereux de chercher à séparer cette couche adipeuse de ses adhérences avec le cul-de-sac de la séreuse, tous les opérateurs ont posé comme règle qu'il fallait la refouler en haut avec le péritoine. Le précepte est bon, mais il faut tâcher de ne pas dégarnir entièrement l'espace rétro-pubien, et, pour cela, il faut faire pénétrer l'instrument, quel qu'il soit, bistouri ou thermo-cautère, à travers la couche adipeuse, après s'être assuré que le lobule graisseux le plus voisin du péritoine a été refoulé en haut avec ce dernier.

La précaution consistant à ne pas créer derrière le pubis un espace dans lequel l'urine pourrait s'accumuler et s'infiltrer, offre déjà une garantie contre la diffusion de ce liquide, mais je crois aussi que le thermo-cautère, en faisant des sections moins nettes, en déterminant d'emblée des adhérences entre les couches atteintes successivement par le feu, en provoquant ultérieurement un gonflement inflammatoire dont le résultat doit être d'établir entre la vessie et la paroi abdominale un contact plus parfait, met les parties dans des conditions peu favorables à l'infiltration urineuse. En tout cas, lorsqu'on n'a pas l'intention de suturer la plaie extérieure et la plaie vésicale, son emploi n'offre d'autre inconvénient que de retarder un peu la cicatrisation, la chute des eschares plus ou moins profondes produites par la lame incandescente n'ayant lieu qu'au bout de dix à douze jours.

Sur mon malade, le lobule graisseux laissé derrière le pubis fut en partie frappé de sphacèle, et son élimination ne s'effectua que vers le seizième jour. La suppuration était d'ailleurs restée limitée à l'espace rétro-pubien. Elle n'avait pas gagné les parties latérales de la vessie.

Je serais donc disposé, dans une autre circonstance, à recourir encore au thermo-cautère, à l'exemple de M. Th. Anger.

D'autres chirurgiens ayant obtenu de rapides succès par l'emploi du histouri, je ne formulerai pas ici une préférence exclusive en faveur du premier de ces instruments.

Il y a encore un moyen de limiter l'infiltration de l'urine ou de s'y opposer tout à fait; j'en parlerai à propos de la suture.

III. — *Des moyens propres à faciliter l'incision de la vessie.* — Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du ballonnement du rectum. Il est certain que, quand la vessie est refoulée en haut et en avant, on arrive plus aisément sur sa paroi antérieure, et l'on comprend qu'on puisse la sectionner sans s'aider d'un conducteur; mais, lorsque la distension de la vessie ne peut être portée très loin, le conducteur garde tous ses avantages. Je dois dire que j'ai trouvé très commode celui de M. Th. Anger. Sa convexité soulève et soutient la paroi vésicale, et la cannelure de ses chaînons articulés guide l'extrémité de la lame du thermo-cautère.

Dans mes expériences sur le cadavre et dans mon opération sur le vivant, j'ai constaté qu'une certaine manœuvre permettait d'agrandir l'incision par en haut en toute sécurité. Elle consiste, après avoir ponctionné la vessie *au-dessus* du pubis, et *non derrière*, à saisir chacune des deux lèvres de la solution de continuité avec une pince hémostatique et à exercer des tractions en bas, en même temps qu'avec un doigt ou un crochet on fait refouler en haut par un aide le cul-de-sac péritonéal. On voit alors la paroi antérieure de la vessie se détacher facilement de la séreuse et on peut la sectionner de bas en haut sur une grande étendue, sans avoir à craindre la blessure du

péritoine. Pour ce temps de l'opération, on peut dire que le conducteur est inutile. Il n'est guère nécessaire que pour la première ponction, et l'on comprend très bien qu'on puisse à la rigueur s'en passer pendant tont le cours de l'opération.

IV.— *Faut-il appliquer des sutures?* — Lorsqu'on a fait les incisions avec le thermo-cautère, il ne peut être question de sutures; mais si l'on s'est servi du bistouri, le désir d'ohtenir une guérison plus rapide peut engager le chirurgien à réunir les bords de la solution de continuité avec des fils de soie phéniquée on de catgut.

Il est à peine nécessaire de rappeler qne la plaie superficielle ne doit pas être réunie en son entier, si la plaie vésicale n'a pu l'ètre. Il n'est cependant pas interdit de placer un ou deux fils sur sa partie supérieure, en comprenant dans leur anse les tissus fibreux et musculaires, en même temps que la peau. Cette façon de faire aurait pour avantage, selon M. Goodhœver, de protéger le cul-de-sac du péritoine. (*Compte rendu du Congrès des sciences médicales d'Amsterdam* (1879.)

Pour ce qui est de la suture de la vessie, les avis sont encore très partagés, et les chirurgiens sont loin d'être nnanimes à en proclamer les avantages. Depuis l'époque où Rossi la préconisait jusqu'au moment actuel, elle a été tour à tour rejetée et vantée, et les essais les plus récents n'ont pas toujours été assez heureux pour la faire admettre sans contestation (Voillemier et Le Dentu. *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 647).

Les raisons pour lesquelles la suture ne peut être établie comme règle, c'est qu'il y a des cas où la rétraction de la vessie derrière le puhis la rend à peu prés impraticable, et que, dans certaines circonstances, elle a été impuissante à empêcher l'infiltration urineuse (Ch. Monod. *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VII, 1881, p. 758). Il en résulte que, malgré les succès nombreux que dit avoir ohtenus M. Dulles (*American journal of the medical sciences*, juillet 1875, juillet 1877 et avril 1878), la suture n'offre ni une très grande sécurité, ni une efficacité constante.

D'autre part, pour fermer d'emblée la plaie vésicale, il faut pouvoir placer nne sonde à demeure dans le canal ou tout au moins répéter le cathétérisme très souvent. Or chacune de ces façons d'agir a de sérieux inconvénients. Combien de malades s'en aecommoderaient fort mal! Pourquoi ajouter de nouveaux risques à ceux que emporte l'opération déjà grave par elle-même.

La sutnre est donc souvent une mauvaise pratique, parce qu'elle expose à l'infiltration d'urine d'autant plus facilement que la plaie superficielle doit être rénnie, en même temps que la vessie, dans la plus grande partie de son étendne. Elle est encore une mauvaise pratique, en rendant nécessaire la sonde à demeure et le cathétérisme très fréquent.

Je considère l'un et l'autre comme si dangereux chez les vieillards que l'âge avancé doit, selon moi, constituer une contre-indication formelle à la suture vésicale. Si on peut l'admettre à la rigueur, ce ne doit être que sur de jeunes sujets, dont la vitalité peut faire les frais d'une réparation rapide. En pareil cas il faudrait donner la préférence à la suture à double plan, séro-musculeuse et séro-séreuse, de M. Vincent de Lyon (*Revue de chirurgie*, 1881, p. 449).

Mais les ebiffres de M. Goodhœver, déjà cité plus haut (14 guérisons sur 15 cas, sur des sujets ayant moins de dix-sept ans), la rapidité de ces guérisons qui n'ont demandé que quelques jours (une fois même la guérison était ohtenne en neuf jours), constituent des objections sérieuses à élever contre la suture, en démontrant que, chez les jeunes snjets, non seulement elle ne pent influer sensiblement sur la proportion des guérisons, mais qu'elle n'ahrège pent-être pas heaucoup la durée de la période post-opératoire.

On peut donc conclure qne la suture, dangerense chez les vieillards, est peut-être inutile chez les adultes et les jeunes sujets.

Dans le cas dont j'ai rapporté l'histoire, je n'avais pas le choix. Le malade étant atteint de rétention d'urine et étant âgé de soixante et onze ans, la sonde à demeure étant d'ailleurs capahle de contre-balancer les chances de guérison qu'il pouvait avoir en sa faveur, il fallait absolument utiliser la plaie hypogastrique comme voie d'écoulement de l'urine, mais il fallait en plus régulariser cet écoulement, de manière à éviter l'infiltration.

J'ai cru néanmoins bien faire en plaçant un point de suture médian dans l'angle inférieur de la plaie, et nn autre point de chaque côté de celle-ci. Ces anses de fil d'argent comprenaient la paroi vésicale et les tissus fibro-muscnleux. Ainsi l'espace rétro-puhien se trouvait tout à fait masqué, et la plaie vésicale, relevée vers les plans superficiels, devait tout naturellement verser an dehors l'urine qui s'en échapperait.

(A suivre.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DIATHÈSES PAR ANOMALIE DE L'ASSIMILATION (ohésité, uricémie, diahète), par le docteur DURAND-FARDEL.

(Lu à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 25 mars 1882)

(Suite et fin. — Voir les numéros 22 et 23.)

Ce qui est heaucoup plus général et plus uniformément commun à tous ces états, c'est l'insuffisance de l'exercice, et de la proportion de l'exercice avec la proportion et la nature de l'alimentation. C'est là, sans contredit, un des points les plus frappants de l'histoire des diathèses par anomalie de l'assimilation, et d'autant plus frappant qu'il se relie plus intimement au traitement de ces mêmes états diathésiqnes.

En résumé, la prédominance ou la comhinaison des circonstances que je viens d'énumérer: hérédité, trouhles affectifs, alimentation irrationnelle, insuffisance d'exercice, constitue à peu près toute l'étiologie saisissahle de l'ohésité, de la gravelle, de la goutte et du diabète.

C'est également dans un cercle très restreint que nous pourrons resserrer tout ce qui concerne le traitement de ces états diathésiques, soit pour ce qui concerne les indications, qui sont, à peu de chose près, identiques, soit pour ce qui regarde les applications.

Le premier fait à étahlir est que nous ne trouvons aucune indication à déduire d'une cause pathogénique propre à chacun de ces états ou, en d'autres termes, de leur nature propre.

L'indication ne peut remonter au delà de ceci: développer l'activité du travail de nutrition.

Qu'il s'agisse de l'obésité, de l'uricémie ou du diahète, nous ne pouvons avoir, je le répète, qu'un objectif: aider à l'assimilation des principes dont l'économie est encomhrée.

Mais cette imperfection, cette insuffisance de l'assimilation, n'est elle-même, au point de vue de la pathogénie, qu'un fait secondaire. Ce sont assurément des conditions distinctes qui procèdent au défaut d'assimilation complète de tels ou tels principes, gras, sucrés ou albuminoïdes. Mais ces conditions, nous ne les connaissons pas; nous ne pouvons, par conséquent, ni les viser ni les atteindre.

De sorte que l'indication étant identique dans tous ces états divers, les moyens de les combattre doivent être identiques. Ils le sont effectivement, sauf pour ce qui concerne la diététique, que nous pouvons spécialiser au sujet particulier de l'anomalie de l'assimilation.

Il résulte encore de là qu'il n'y a à songer à aucune médication spécifique ou même spéciale, car les médications que nous voyons intervenir dans la pratique ne sont que des médications à côté, toutes plus ou moins suspectes, telles que le colchique dans la goutte ou l'iode dans l'obésité. Dans le diabète, il n'y a rien à tirer, pour la thérapeutique, des idées de localisation de la maladie dans le foie.

La matière médicale ne nous offre qu'un médicament effectif en rapport avec l'indication que j'ai formulée, c'est la soude. Ce n'est à titre ni de neutralisant ni de fondant qu'elle agit; mais c'est un médicament de l'assimilation, dont le mode d'action ne pourra être défini que lorsque nous aurons pénétré plus avant dans le milieu où s'opèrent les transformations des matériaux destinés à l'entretien de la vie organique. Mais elle ne saurait représenter une médication curative, parce qu'elle ne s'adresse pas à la cause première des anomalies de l'assimilation; elle ne constitue en réalité qu'une médication adjuvante.

L'hygiène peut seule, avec la médication sodique, fournir les éléments du traitement du diabète, de l'uricémie et de l'obésité. Rappeler l'indication qu'elle a à remplir, favoriser l'activité assimilatrice, c'est définir la direction qui doit lui être imprimée, pour ce qui concerne l'affectivite, la diététique et l'exercice. Je puis donc me dispenser de m'étendre sur ce sujet, en rappelant seulement que la direction de la diététique doit être subordonnée à la spécialité des principes immédiats dont le travail d'élaboration nutritive est entravé, ce qui exprime, à bien peu de chose près, la seule distinction qu'il y ait à faire dans le traitement pathogénique, le seul que j'ai en vue, de l'uricémie, du diabète et de l'obésité.

J'ai peut-être à m'excuser d'avoir, dans cette communication déjà suffisamment longue, effleuré très brièvement des sujets aussi vastes, et dont le moindre eût mérité une étude approfondie. Cependant, vous n'oublierez pas que je ne m'étais engagé qu'à vous exposer quelques vues particulières, faciles à séparer du reste.

J'ai voulu seulement, en effet, mettre sous vos yeux le rapprochement qu'il convient de faire entre l'obésité, l'uricémie et le diabète, diathèses par *anomalie de l'assimilation*, au point de vue de la pathogénie, de la pathologie, de l'étiologie et des indications thérapeutiques.

Dans tous ces cas, nous avons rencontré une matière morbide, empruntée à l'économie elle-même.

Cette matière morbide est la cause la plus immédiate des troubles fonctionnels et organiques qui caractérisent ces divers états. Car, alors que l'urate de soude ne vient pas se déposer sur les surfaces articulaires, il n'y a pas d'accès de goutte; et, alors que l'on a suspendu la glycémie, les symptômes diabétiques se suspendent aussitôt.

L'étiologie de ces divers états est très restreinte, n'offre rien de spécial, et suppose, plus encore que dans toute autre circonstance, une aptitude dont l'hérédité rend compte souvent.

Les indications thérapeutiques sont communes, et les diversités d'applications très limitées.

Je vous ai montré comment tous ces états témoignent d'une anomalie de l'assimilation anomalie concernant les rapports de l'activité nutritive avec tel ou tel des principes immédiats de l'alimentation, et j'ai exprimé nettement que ce n'était là qu'un terme secondaire de l'état morbide. Mais il me paraît actuellement difficile de remonter audelà, les notions relatives à l'intervention primaire et déterminante de telle ou telle partie de l'organisme nous faisant défaut, ou n'ayant qu'un caractère très hypothétique.

J'ajouterai seulement, comme complément à cette étude, que tous ces états que j'ai envisagés au point de vue diathésique, c'est-à-dire après qu'ils se sont emparés du système et s'y sont en quelque sorte installés, à titre héréditaire ou acquis, peuvent se montrer également d'une manière transitoire. On observe des obésités passagères à la suite de convalescences, de grossesses, de troubles affectifs; des diabètes passagers, c'est-à-dire curables; des gravelles accidentelles et même des accès de goutte isolés.

Il est à présumer que, dans la plupart de ces cas au moins, l'organisme aura subi d'une manière passagère les mêmes modifications que nous lui voyons subir d'une manière durable ou définitive dans les états que nous appelons diathésiques, en d'autres termes qu'une même théorie serait applicable à ces deux ordres de faits (1).

Ces diathèses par anomalie de l'assimilation ne sont autre chose que les maladies par *ralentissement de la nutrition* de M. Bouchard. Ce n'est pas sans une vive satisfaction que j'ai retrouvé, dans l'enseignement du savant professeur de pathologie générale, tout récemment publié, une confirmation de vues que, depuis mon *Traité des maladies chroniques* (1868), j'ai exposées dans maintes circonstances, et que je développais devant la Société de médecine quelques jours avant de connaître les leçons de M. Bouchard, recueillies par M. Frémy.

C'est par des voies bien différentes que nous sommes arrivés, M. Bouchard et moi, à une vue générale d'un tel sujet presque identique. Car, si je signale ici la concordance de mes propres opinions avec celles de l'éminent professeur de pathologie générale, ce n'est point pour rappeler depuis combien de temps je les avais exprimées, c'est pour marquer le caractère qui appartient aux unes et aux autres.

Il y a, entre les travaux de M. Bouchard et les miens, la différence qui existe entre l'anatomie pathologique de l'époque où je préparais à la Salpêtrière un *Traité du ramollissement du cerveau* (1838-1843), et l'anatomie pathologique actuelle.

C'est en m'appuyant presque exclusivement sur la clinique que j'avais déterminé le rapprochement des diathèses par anomalie de l'assimilation. C'est surtout sur la chimie physiologique que M. Bouchard établit ses maladies par ralentissement de la nutrition.

Je m'empresse de reconnaître la supériorité de ces études auxquelles l'analyse histologique, comme l'analyse chimique, tendent à imprimer, non seulement un caractère plus positif, mais encore un caractère plus philosophique, en rapprochant davantage la compréhension des faits de la réalité des choses.

(1) N'est-ce pas ainsi, par exemple, que l'empoisonnement plombique peut donner lieu à des altérations identiques à celles de la goutte?

Ce n'est encore, il est vrai, qu'un rapprochement; car, en chimie biologique comme en histologie, les observations et les interprétations ne sauraient, pour la plupart, être que reçues à correction, et se recommandent plus par leur louable direction que par une certitude définitive. Mais je rends hommage à l'esprit scientifique et critique de l'enseignement actuel, dont les leçons de M. Bouchard sont une remarquable représentation.

D. F.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. De l'emploi des préparations tanniques dans les cas d'albuminurie, par H. Rippert (1). — II. Recherches expérimentales sur l'action de l'acide borique, par J. Neumann (2). — III. Recherches sur l'action que certains médicaments exercent sur l'excitabilité des hémisphères et contributions au traitement de l'épilepsie, par Albertoni (3). — IV. De l'action du phosphore sur l'organisme animal, par H. Meyer (4).

— Dans le cours de recherches sur l'origine et le mode de formation des *cylindres dits hyalins* que l'urine charrie dans diverses circonstances pathologiques, Rippert a eu l'idée de rechercher l'influence qu'exerce sur l'albuminurie l'incorporation du tannin. Pour provoquer l'apparition de cylindres hyalins dans les tubuli rénaux, l'auteur oblitérait à l'aide d'une pince, pendant une heure et demie environ, l'artère rénale chez des lapins. La pince enlevée et le cours du sang rétabli dans la glande rénale, les glomérules laissent transsuder en abondance de l'albumine du sang, et les capsules de Bowmann se tapissent d'un dépôt albumineux. Or, lorsque au moment d'enlever la pince, ou peu de temps après, on injectait dans le sang de l'animal 2 à 3 centimètres cubes d'une solution d'acide tannique à 5 0/0, le coagulum albumineux déposé dans les capsules glomérulaires était beaucoup moins abondant. En substituant à la solution primitive une solution d'acide tannique à 2 0/0, neutralisée par une quantité suffisante de bicarbonate de soude, et qui sous cette forme est assez bien toléré, par l'organisme animal pour qu'on en puisse injecter impunément jusqu'à 25 centimètres cubes dans les vaisseaux d'un lapin, la transsudation de l'albumine à travers les vaisseaux glomérulaires était complètement arrêtée.

Les expériences de Rippert sanctionnent par conséquent la conduite des cliniciens qui préconisent l'emploi des préparations tanniques dans les cas de néphrite albumineuse.

— Les propriétés antiseptiques de l'acide borique ont fait l'objet d'applications thérapeutiques variées, surtout dans le traitement des affections de l'oreille. Neumann a institué des expériences en règle, pour se renseigner sur les effets physiologiques de cette substance. Incorporée à la dose de 5 à 6 gr. à des chiens du poids de 15 kilogr., l'acide borique ne donnait lieu à aucun accident, la température interne subissait un abaissement considérable; à doses plus élevées, il se produisait en outre des vomissements et de la diarrhée. Une solution d'acide borique à 3 0/0 injectée dans la plèvre et le péritoine ne déterminait pas l'inflammation de la séreuse. Mais les animaux succombaient à une paralysie des nerfs moteurs et des muscles, lorsque la quantité d'acide borique injectée dépassait certaines limites (10 grammes).

Des résultats concordants ont été fournis par les expériences faites sur des lapins et sur de jeunes porcs.

La conservation du lait était assurée par l'addition à ce liquide d'une partie d'acide borique pour 500 à 1,000 parties de lait.

A des chevaux affectés de la morve, on fit prendre jusqu'à 45 gr. d'acide borique à l'intérieur; en outre on pansa les ulcérations nasales avec cette même substance. Il en résulta une amélioration passagère dans l'état des animaux malades, mais aucun ne guérit.

En somme l'acide borique est à la fois un antiputride et un puissant antipyrétique, comparable sous ce double rapport à l'acide phénique.

— Albertoni a expérimenté sur des chiens et des singes trépanés. Il explorait d'abord l'excitabilité de la zone motrice corticale avec le courant électrique, et il se renseignait ainsi sur les intensités de courant nécessaires pour développer chez l'animal en expérience des accès épileptiformes. La plaie cranienne était ensuite refermée, et on faisait prendre à l'animal, chaque jour, avec sa nourriture, une certaine quantité de bromure de potassium (de 1 à 4 grammes à un chien de 6 kilog.). Au bout de quelque temps de ce régime, la zone motrice corticale était mise à nu du côté opposé et on déterminait de nouveau les intensités de courant nécessaires pour développer des mouvements convulsifs. Ces expériences ont démontré que l'administration du bromure de potassium entraîne une diminution très marquée de l'excitabilité électrique de la zone psycho-motrice; cet effet est très manifeste lorsque les animaux présentent des signes de saturation par le bromure; alors l'excitation de la zone psycho-motrice devient impuissante à provoquer des accidents épileptiformes.

Chez des singes, l'atropine en injections sous-cutanées à la dose de 25 centigrammes causait la mort des animaux. A la dose de 10 centigrammes, l'atropine était bien supportée et l'excitabilité de la zone psycho-motrice était accrue; au contraire, avec des doses mortelles, les centres nerveux étaient paralysés. Ces effets de l'atropine sont moins marqués chez les jeunes animaux; ils s'accentuent avec les progrès de l'âge. Contrairement à ce qui a eu lieu avec le bromure de potassium, avec une dose unique d'atropine, forte ou faible, Albertoni n'a jamais réussi à entraver, à retarder ou à diminuer les attaques épileptiformes consécutives à l'excitation de la zone psycho-motrice.

A petites doses, l'atropine active la circulation cérébrale en stimulant les contractions cardiaques. A doses moyennes, l'atropine diminue le calibre des petits vaisseaux du cerveau, comme le fait le bromure de potassium; ce rétrécissement vasculaire cesse quand on sectionne le grand sympathique cervical. Lorsque ce cordon est sectionné d'un seul côté chez un animal auquel on injecte ensuite sous la peau une dose moyenne d'atropine, les vaisseaux de l'oreille sont plus dilatés du côté où le grand sympathique est resté intact que du côté de la section, preuve que l'atropine excite les filets vaso-dilatateurs.

Conclusion : non seulement l'atropine serait sans utilité dans

(1) Centralblatt für die med. Wochenschr., no 3, 1882.

(2) Arch. für expérim. Pathol. und Pharmak. t. XIV, p. 149, 1881.

(3) *Ibidem*, t. XV, p. 248, 1882 et Lo Sperimentale, 1881.

(4) Archiv. für experiment. Pathologie, etc., t. XIV, page 313.

le traitement de l'épilepsie, mais son emploi serait même pernicieux dans les cas où l'épilepsie a son point de départ dans un état de tension (*stato tensivo*) ? des centres nerveux supérieurs. Dans les seuls cas où les accidents épileptiques dépendent d'un état congestif de l'encéphale, on peut retirer quelques avantages des effets cardio-vasculaires de l'atropine.

La cinchonidine, administrée à doses thérapeutiques, augmente le nombre des attaques convulsives chez les sujets atteints d'épilepsie. On peut développer de semblables attaques chez des chiens, en leur administrant de la cinchonidine. Pourtant l'excitabilité de la zone psycho-motrice n'est pas accrue. D'autre part, les convulsions généralisées se développent encore sous l'influence de la cinchonidine chez des animaux auxquels on a enlevé les hémisphères, preuve que ces manifestations convulsives ne dépendent pas exclusivement d'une excitation des centres psycho-moteurs. Toutes les influences qui abaissent l'excitabilité des centres nerveux, et l'administration du bromure de potassium est de ce nombre, entravent l'action convulsivante de la cinchonidine.

L'emploi de cette substance et, d'une façon générale, l'emploi des alcaloïdes du quinquina est contre-indiqué chez les épileptiques.

— Les recherches de MEYER confirment ce que nous savions de l'action que le phosphore exerce sur les combustions organiques, qu'il diminue, et sur la désassimilation de l'albumine organisé, qu'il augmente dans des proportions colossales. Le sang des animaux empoisonnés par le phosphore était, au point de vue de sa richesse en acide carbonique, en déficit de 50 à 80 pour 100.

L'intérêt de ces recherches réside dans ce fait nouveau, mis en lumière par les expériences de l'auteur, d'une action dépressive exercée par le phosphore sur le muscle cardiaque, et qui peut être la cause de la mort.

Meyer se demande si, dans les cas d'intoxication phosphorée chez l'homme, avec dénouement rapide, sans troubles marqués de l'état général, sans accidents graves du côté du système nerveux, l'issue fatale ne serait point la conséquence de cette paralysie cardiaque ?

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 mai 1882. — Présidence de M. JAMIN.

MM. P. CAZENEUVE et G. DAREMBERG appellent l'attention de l'Académie sur l'action de l'eau oxygénée sur plusieurs substances animales.

Les grains riziformes des kystes synoviaux et la gélatine de Warthon du cordon ombilical décomposent l'eau oxygénée. Nous avons démontré en 1874, dans les *Bulletins de la Société de Biologie*, que ces deux substances et qu'en général toutes les substances appelées *colloïdes* par Virchow et ses élèves décomposent très énergiquement l'eau oxygénée.

ANATOMIE GÉNÉRALE. — DE LA NÉVROGLIE, par M. L. RANVIER.

Dans une note que j'ai communiquée, il y a quelques années, à l'Académie, j'ai soutenu que la névroglie de la moelle est composée de fibres de toute longueur, s'entre-croisant en certains points au niveau desquels se trouvent des cellules généralement aplaties. J'avais fait cette observation sur la moelle épinière de mammifères adultes, dissociée après injections interstitielles d'acide osmique, et j'avais été conduit ainsi à faire rentrer le tissu conjonctif de la moelle dans le schéma du tissu conjonctif que j'avais établi. J'ai repris dernièrement l'étude de la névroglie, et je suis arrivé à la connaissance d'un certain nombre de faits qui amèneront, je l'espère, une entente définitive sur sa constitution.

J'ai confirmé d'abord mes premières observations; j'ai cherché ensuite à reproduire celles de Deiters, de Boll et de Golgi. Après quelques tâtonnements, j'ai obtenu un très grand nombre de cellules de Deiters par une méthode fort simple. Cette méthode est la suivante : des segments de la moelle épinière du bœuf ou du chien sont placés dans le liquide de Müller pendant plusieurs semaines. Lorsqu'ils ont acquis un degré de durcissement convenable, on y fait des coupes longitudinales que l'on colore fortement par le carmin. Les coupes sont placées dans une goutte d'eau sur une lame de verre, puis, au moyen d'une lamelle que l'on applique et que l'on soulève maintes fois, on les désagrège. Chez le bœuf, les cellules de la névroglie n'ont pas les formes rudimentaires que leur a attribuées Deiters. Leur noyau est bien accusé; leur corps cellulaire bien développé est membraneux, irrégulièrement étoilé et montre des accidents de formes qui dépendent en grande partie des pressions exercées par les éléments voisins (crêtes d'empreinte). Il s'en dégage de nombreux prolongements qui ne sont autre chose que les fibres de toute longueur, si nettes dans les préparations faites au moyen des injections interstitielles d'acide osmique, et qui, dans ces préparations, paraissent être indépendantes des cellules.

Comment concilier ces deux observations, en apparence contradictoires ? On pourrait le faire sans doute par un examen plus approfondi des préparations précédemment indiquées, mais il m'a paru préférable d'arriver à l'évidence au moyen d'une méthode nouvelle, qui, comme on va le voir, conduit directement à la solution du problème. Cette méthode, une de celles que j'ai fait connaître dans mon *Traité technique d'histologie*, consiste dans l'emploi successif de deux réactifs dont l'un produit un certain degré de dissociation, et dont l'autre fixe définitivement les tissus modifiés par le premier.

C'est là une méthode générale, dont les histologistes saisiront l'importance et qui m'a déjà donné de bons résultats dans l'étude des organes des sens. Voici comment je l'applique à la préparation de la névroglie : un segment de moelle ayant séjourné pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers, on en détache de petites portions et on les agite avec de l'eau distillée dans un tube à expérience jusqu'à ce qu'elles soient dissociées ; on ajoute du picrocarmin pour colorer les éléments, puis on les laisse se déposer au fond du tube. On les recueille au moyen d'une pipette et on les porte dans un autre tube contenant de l'eau distillée, à laquelle on ajoute de l'acide osmique. Lorsqu'ils ont gagné le fond du vase, on les prend de nouveau avec la pipette pour les examiner au microscope. A côté des cellules ganglionnaires, si l'on a opéré sur la substance grise, les cellules de la névroglie se montrent en nombre assez considérable. Elles présentent de nouveaux caractères qui permettent de bien apprécier leurs rapports avec les fibres névrogliques. Ces fibres ne paraissent plus être de simples prolongements des cellules, car on peut les suivre maintenant au sein des cellules elles-mêmes. Elles sont simplement noyées dans le protoplasma, et si, dans les préparations faites à l'aide du liquide de Müller, on ne peut les distinguer, cela tient uniquement à ce que, après l'action de ce réactif, leur indice de réfraction est à peu près le même que celui de la substance qui les englobe.

Toutes les cellules de la névroglie ne sont pas étoilées, toutes n'affectent pas avec les fibres les rapports que je viens de décrire. Il y en a de rondes ou polyédriques qui sont disposées isolément ou en série, dans la substance blanche, entre les tubes nerveux qui la composent. Certaines de celles qui sont étoilées ont leur noyau placé excentriquement dans une masse de protoplasma dont

la forme est globuleuse. En l'absence de dessin pour le représenter, je comparerai leur forme à celle du poulpe commun : les tentacules de l'animal correspondant aux fibres névrogliques, son corps au noyau de la cellule et à la masse protoplasmique qui l'entoure. J'ajouterai encore un détail à la description des cellules étoilées. Dans les préparations faites après l'action du liquide de Müller, on voit la masse du protoplasma envoyer sur les fibres qui s'en dégagent des expansions qui, généralement s'étendent entre elles comme une membrane interdigitale, d'autres fois les entourent d'une sorte de manchon. Souvent, deux fibres contenues dans un même manchon se séparent ensuite, de telle sorte que l'on pourrait croire à une division. L'espace me manque pour faire à ce propos la critique des observations de Deiters et de F. Boll ; mais les lecteurs qui sont au courant de la question la feront d'eux-mêmes. Enfin, je dirai que les fibres qui traversent les cellules de la névroglie n'y suivent pas toujours un sujet rectiligne ; un grand nombre d'entre elles y décrivent des courbes ou y sont repliées en forme d'anse.

J'arrive maintenant à la partie la plus importante de cette communication, celle qui est plus spécialement du domaine de l'anatomie générale. Pour saisir la signification morphologique des cellules et des fibres de la névroglie, il faut les comparer aux cellules de soutènement des organes des sens, celle de la rétine par exemple. Les cellules de soutènement de la rétine, *fibres de Müller*, possèdent, comme on le sait, une partie fibreuse qui traverse la membrane suivant une direction perpendiculaire à sa surface, et une masse de protoplasma latérale, dans laquelle un noyau est compris. Ces cellules ont eu à l'origine une constitution homogène. Il s'y est donc produit une différenciation, en vertu de laquelle une partie de leur protoplasme s'est transformée en fibre. C'est là un point important, car les cellules de la névroglie et les fibres qui sont en rapport avec elles sont évidemment les équivalents des cellules de soutènement de la rétine.

Seulement, tandis que chacune de ces dernières cellules donne naissance à une seule fibre, les cellules de la névroglie en produisent plusieurs. Cette différence n'est pas fondamentale, ainsi qu'il ressortira d'une communication que je me propose de faire prochainement sur les cellules de soutènement de l'organe de Corti.

Les cellules arrondies et polyédriques de la névroglie peuvent être considérées comme des cellules du névro-épithélium primitif non différenciées, et, à ce point de vue, elles sont les équivalents des cellules de la rétine que j'ai désignées sous le nom de *cellules basales*. Chez un embryon de bœuf de 0m,14, toutes les cellules de la névroglie se montraient sous ces formes. Chez des embryons plus âgés, j'ai examiné des embryons de bœuf de 0m,75 et de 0m,95 : un grand nombre de cellules de la névroglie étaient étoilées et présentaient de longs prolongements ; mais ces prolongements n'étaient pas encore des fibres véritables : ils avaient la constitution du protoplasma de la cellule et se fondaient avec lui. Enfin, chose singulière, les cellules de la névroglie du cerveau de l'adulte paraissent ne pas dépasser ce stade du développement.

Pathologie expérimentale. — Essai expérimental de localisation anatomique des symptômes du délire toxique chez le chien. — Note de M. S. Danillo (1), présentée par M. Vulpian.

L'auteur a institué deux séries de recherches : les résultats de la première série de recherches indiquent que l'intégrité des couches optiques n'est pas nécessaire pour la production des phénomènes du délire toxique chez le chien.

Ceux de la seconde série démontrent, suivant lui, que la région corticale, dans toute son étendue (psycho-motrice et psycho-sensitive), doit être exclusivement en cause dans la production du délire, dans les conditions dont il s'agit.

(1) Travail du laboratoire de M. Vulpian.

Ce fait, ajoute-t-il, ne contredit pas les données générales de la Physiologie expérimentale et de la Pathologie humaine, sur les fonctions de la région corticale du cerveau, données émises par divers auteurs anciens et confirmées par de nombreuses recherches ultérieures.

En outre, les résultats de ses recherches sur la région corticale paraissent indiquer que la localisation corticale étroitement circonscrite des fonctions sensitives chez les animaux ne doit pas encore être envisagée actuellement comme un fait parfaitement incontestable. Il y aurait ainsi peut-être une certaine analogie à établir entre les résultats qu'il a obtenus et les données auxquelles ont conduit les dernières recherches sur les localisations corticales motrices chez l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1882. — Présidence de M. Gavarret.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Mathias Duval en remplacement de M. Alexis Moreau.

La correspondance comprend en outre :

1° Des lettres de M. le docteur Siredey et de M. le docteur Lecorché, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section de pathologie médicale ;

2° Une lettre de M. le docteur Durieux, vétérinaire principal en retraite, relative à la guérison spontanée de la rage, dont il cite deux exemples qu'il a observés, il y a plus de vingt ans, en Algérie, sur des chiens inoculés expérimentalement par lui.

— M. Lhuys aurait voulu que M. Blanche publiât *in extenso* ses observations de guérison tardive de la folie, observations consignées, il est vrai, sur les registres officiels de sa maison de santé, mais qui demanderaient à être imprimées pour avoir toute leur valeur. En effet, en compulsant toute la collection des annales médico-psychologiques, M. Lhuys n'y a trouvé que trois faits analogues, cités par Snell, et encore s'agissait-il, non point de déments devenus inertes et insensibles, mais de sujets agités qui, au bout de dix à douze ans, ont récupéré la possibilité de rentrer dans la famille.

Personnellement, M. Lhuys a rencontré déjà des cas de guérisons apparentes très tardives ; mais il restait chez les malades, lorsqu'on les observait de près, des signes irrécusables de défaillances mentales, d'excentricités, de bizarreries de caractère, inappréciables pour les familles, mais évidentes pour le médecin aliéniste.

Esquirol avait déjà parlé de ces fausses guérisons : « de ces individus qui raisonnent parfaitement, ont repris leurs habitudes, leur manière de vivre, et remplissent même des fonctions importantes, tandis qu'il reste en eux quelque chose de singulier, de bizarre et d'insolite. »

M. Lhuys craint qu'il n'en soit ainsi pour les malades de M. Blanche, et que la guérison ne soit pas chez eux une vraie guérison, absolument complète.

En ce qui touche l'institution d'une sorte de jury médical chargé de se prononcer sur l'incurabilité possible des aliénés. M. Lhuys pense que les objections de M. Blanche sont renversées par l'exemple de ce qui se passe pour les jurys de concours chargés de désigner les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Pourquoi les médecins appelés à se prononcer sur les aliénés s'entendraient-ils moins bien que ceux qui font partie de ces jurys de concours ?

En résumé, M. Lhuys espère que les débats contradictoires qui ont eu lieu sur cette question à l'Académie de médecine n'auront pas été stériles. « Si je n'ai pas été assez heureux, dit-il, pour conquérir vos convictions en faveur de ma thèse, si j'ai été l'inter-

prête imparfait des opinions de quelques amis personnels, laissez-moi au moins l'espérance que mes efforts ne seront pas tout à fait perdus et que les idées nouvelles que je vous ai loyalement exposées en vertu des forces mystérieuses de la méditation, chemineront peu à peu dans vos esprits et finiront par s'y fixer. L'histoire de l'évolution des choses humaines ne nous montre-t-elle pas tous les jours que, dans le mouvement général des idées, celles qui sont abattues aujourd'hui sont susceptibles de s'élever de nouveau, — *multa renascuntur quæ jam cuidere* — et que les erreurs de la veille sont souvent les vérités du lendemain. »

— Traitement de la rage par la pilocarpine. — M. Bouley rend compte d'un travail adressé par M. le docteur Dartigue, médecin à Pujols (Gironde), sur un *nouveau traitement de la rage.* L'observation de M. Dartigue, reproduite textuellement par M. Bouley, est relative à un honorable commerçant habitant une commune voisine de celle où exerce M. Dartigue, qui, le 29 juillet 1880, fut mordu à la jambe par un chien présentant des signes non douteux de la rage. Soixante-six jours se passèrent sans qu'aucun symptôme d'hydrophobie se manifestât; le blessé avait d'ailleurs pris toutes les précautions usitées en pareil cas : lavage de la plaie, débridement et cautérisations profondes au fer rouge et à l'acide sulfurique, avec pansement quotidien à l'ammoniaque. Un soir, en revenant d'une ville voisine, il se sentit prostré, avec mal de tête, et se coucha sans dîner.

Dans la nuit, la rage se déclara avec une certaine intensité. « Je fus appelé, dit M. Dartigue, et tous les symptômes confirmant l'affreux mal, j'instituais mon traitement sur l'heure.

« Je fis prendre immédiatement et toutes les dix minutes, ensemble, 1 demi-milligramme d'arsénito de strychnine, 1 demi-milligramme d'hyoscyamine,1 centigramme de bromure de campbre, et, au bout d'une demi-heure, je pratiquai des piqûres de sous-nitrate de pilocarpine, et fis enfermer mon malade jusqu'au cou, dans une caisse chauffée avec des bougies et une lampe à alcool. Je pratiquai de la sorte soixante piqûres. Je laissai mon malade pendant vingt heures dans la caisse, et cela durant l'espace de cinq jours. Tous les symptômes ayant disparu alors, je fis cesser le traitement. »

Une deuxième observation, rapportée dans la note de M. Dartigue, a trait à une petite fille de huit ans, qui avait été mordue, cinq mois auparavant, par un chien familier sur lequel les symptômes de la rage se déclarèrent huit jours après.

M. Dartigue la soumit à son traitement, et la rage ne s'est pas déclarée.

On peut voir, par cette analyse, dit M. le rapporteur, que M. Dartigue n'est pas très exigeant sur les preuves. Rien ne prouve en effet que le malade dont il rapporte l'histoire fût atteint de la rage. Aucune indication n'est donnée sur les caractères que présentaient les symptômes. L'observation de M. Dartigue demeure avec tout ce qu'elle a d'incomplet d'insuffisant, de peu probant en faveur de sa thèse.

En cet état de cause, une seule proposition me paraît devoir être soumise à l'Académie : celle de déposer son mémoire dans les archives. (Adopté).

M. Bouley annonce que, dans la prochaine séance, il présentera le rapport sur l'observation lue mardi dernier par M. Denis-Dumont (de Caen), et qui a, dit-il, une toute autre importance que celle de M. Dartigue, quelle que soit, d'ailleurs, l'opinion que l'on adopte sur l'efficacité des remèdes employés.

— M. Germain Sée, à l'occasion du travail lu dans la dernière séance sur le traitement de la rage par la pilocarpine, croit devoir faire une communication relative à l'emploi de cette substance dans diverses maladies, et principalement dans la diphtérie, l'éclampsie puerpérale, la maladie de Bright et la rage.

Dans tous ces cas, dit M. Sée, la pilocarpine n'a rien produit, absolument rien.

En ce qui concerne l'emploi de la pilocarpine dans les cas de rage, M. Sée relate l'observation d'un individu entré le 28 novembre 1881, dans son service, salle Saint-Christophe, à l'Hôtel-Dieu.

Cet individu, âgé de vingt-quatre ans, avait été mordu au sourcil, *six semaines auparavant*, par un chien enragé; la blessure aurait été cautérisée avec un liquide.

Les accidents débutèrent le 28 novembre dans la soirée : inappétence, malaise général, insomnie; le lendemain matin apparurent des spasmes, de l'hydrophobie et de l'hyperesthésie. Amené à l'hôpital, il est en proie à une excitation très marquée, figure rouge, yeux hagards, air égaré, loquacité extrême, parole légèrement tremblante, photophobie; quand on ouvre la porte soudainement, il est pris d'un tremblement généralisé; à la vue d'un verre, il se rejette en arrière avec terreur. Dès que le verre touche ses lèvres, le spasme convulsif se produit. Il crachote fréquemment, tout en parlant avec animation. Il se plaint d'une sensation de chaleur extrême, en même temps que d'une angoisse précordiale.

Traitement : 1o Injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine (de 2 centigr. chaque fois) à onze heures du matin, à quatre heures et à six heures du soir. Salivation abondante, crachotements incessants, agitation augmentée. Devant cet échec de la pilocarpine, même soir emploi du hoangnan; une pilule est prise, mais le malade, éprouvant une constriction du pharynx, refuse d'en avaler une seconde; un lavement contenant la même substance n'est pas gardé. Aucun résultat. Le lendemain, électrisation de la région bulbaire par le courant continu; pendant 7 ou 8 minutes, le malade paraît un peu calmé; il meurt à une heure de l'après-midi.

M. Olive, interne de M. Lecorché, a présenté à la Société clinique, en 1881, un cas de rage traité par la pilocarpine. En quarante-huit heures, on fit au malade six injections de nitrate de pilocarpine, chacune de 2 centigr. : les dernières ont amené des crises de suffocation terrible après la salivation. Le malade est mort 48 heures après son entrée à l'hôpital.

M. Balzer avait publié un autre cas de rage traité en 1875 par les lavements de jahorandi. Il y avait eu d'abord une détente, mais la mort était survenue le quatrième jour.

M. Dujardin-Beaumetz attendra le rapport sur le mémoire de M. Denis-Dumont pour faire connaître les résultats des divers traitements tentés contre la rage durant l'année 1881. Tout ce qu'il peut dire dès à présent, c'est que, sur un total de 23 cas de rage signalés au comité d'hygiène, 6 ont été traités par la pilocarpine, et cela sans aucun résultat favorable. L'observation de M. Denis-Dumont ne peut encore être discutée; seulement on peut remarquer que, dans ce cas, le traitement avait été complexe, puisque, concurremment à la pilocarpine, on avait employé le chloral et le bromure de potassium, qui peuvent avoir une action sur le bulbe.

L'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

De l'homicide commis par les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours). — Asselin et Cie, 1882.

M. le docteur Paul Moreau (de Tours), à qui nous devons déjà quelques études médico-psychologiques fort estimées, vient de publier un volume des plus intéressants sur *les homicides commis par les enfants.*

Depuis quelque temps, dit M. Paul Moreau, l'attention publique a été mise en émoi par le récit de faits tellement monstrueux, que l'esprit étonné se refuse à croire à leur authenticité.

On a vu des enfants commettre des crimes atroces et devenir des meurtriers d'autant plus redoutables que leur jeune âge écartait d'eux tout soupçon, toute méfiance.

La presse, écho inévitable de ces nouvelles à sensation, ne peut presque jamais assigner une raison plausible à ces déterminations criminelles et le public se perd en conjectures.

A quel mobile obéissent donc ces jeunes êtres, dont quelques-uns sortent à peine de la première enfance? Comment peut éclore la première idée perverse? Quel en est le germe? Que faudrait-il faire pour l'arrêter dans son essor?

Telles sont les questions que l'auteur se pose au début de son travail, et qu'il va essayer de résoudre en étudiant, au double point de vue physiologique et psychologique, les jeunes criminels de trois ans à dix-huit ans, limite extrême qu'après mûr examen il a cru devoir assigner à ses recherches.

Avant d'étudier l'enfant anormal, pervers et méchant, M. Paul Moreau, dans un excellent chapitre, trace un tableau saisissant de l'enfant en général, de ses instincts, de ses goûts, de ses habitudes et de ses penchants. Il insiste avec raison sur les deux caractères suivants qui semblent dominer la nature psychique et morale de l'être humain dans son bas-âge : 1o le *cachet impulsif* de la plupart des actions, bonnes ou mauvaises; 2o la tendance à la *méchanceté*, à la *cruauté*.

Sur le premier point, l'auteur se trouve en accord complet avec la majorité des psychologues et notamment avec le docteur *Paul Jacoby*, qui, dans un travail récent, montre l'enfant sollicité d'une part par des impressions énergiques, et n'ayant d'autre part pour résister à cette pression, à cet appel violent des sens, qu'un *moi* rudimentaire et à peine en voie d'évolution : en sorte que les actes chez lui, non pesés, non réfléchis, portent presque toujours le cachet de la *soudaineté*, de l'*impulsion*.

Sur le second point, il n'est personne qui ne partage l'opinion de M. Paul Moreau, et il suffit de citer à cet égard le mot célèbre du bon Lafontaine, un observateur, s'il en fut, qui disait déjà en parlant de l'enfance : « *cet âge est sans pitié*. »

Cette double tendance à la cruauté et à l'impulsion qui existe plus ou moins marquée chez tous les enfants, nous les retrouvons dans les attentats des jeunes criminels, dont elle constitue un des caractères les plus saillants.

Ici, l'auteur rapporte un grand nombre de ces attentats, empruntés, soit aux annales judiciaires, soit à d'autres observateurs, soit à sa pratique personnelle. Tous prouvent surabondamment l'influence du caractère, de l'éducation, de l'imitation, des maladies, des empoisonnements, de la puberté, sur le développement des mauvais penchants. L'hérédité surtout joue ici un rôle capital, et il est rare qu'on n'ait point à constater chez les précoces criminels la trace évidente de quelque anomalie physique ou morale, transmise par les ascendants.

L'auteur fait à ce sujet une remarque générale des plus curieuses. Il fait constater que le caractère de l'être qui procrée se propage à des générations entières et se manifeste surtout bien plus chez ses petits-fils que chez ses propres enfants; autrement dit que les enfants ont plus de ressemblance physique et morale avec leurs aïeux qu'avec leur père et mère. Nous savions déjà, et c'est justement le pere de M. Paul Moreau à qui nous devons cette observation que, dans une famille, l'enfant qui ressemble physiquement à l'un de ses auteurs, tient le plus souvent de l'autre au point de vue intellectuel et moral.

Quoi qu'il en soit, l'hérédité peut être considérée comme la cause principale de la perversité criminelle qu'on observe chez certains enfants. Ce fait était connu déjà dans l'antiquité la plus reculée, et on trouve notamment dans Aristote deux exemples qui mettent parfaitement en lumière cette influence toute puissante de l'hérédité morbide. Un misérable, cité par ce grand philosophe, s'accusait en rejetant sur une disposition héréditaire le crime de maltraiter son pére. « Mon père, s'écrie-t-il, a battu mon aïeul. Mon aïeul a de même traité mon bisaïeul de la plus cruelle façon, et voyez mon fils. Cet enfant n'aura pas l'âge d'homme qu'il ne m'épargnera pas les sévices et les coups. » Un autre, dont parle également Aristote, disait à son fils qui le traînait par les cheveux à la porte : « Assez, mon fils, je n'ai pas traîné plus loin mon père! »

Les conclusions formulées par M. Paul Moreau (de Tours) à la fin de son ouvrage sont les suivantes :

1o Pour trouver une explication scientifique satisfaisante des crimes commis par les enfants, il faut tenir compte de plusieurs facteurs :

Les uns d'ordre moral, les autres d'ordre physique.

Parmi les premiers, les principaux sont : la nature physiologique de l'enfant, l'hérédité qui lui imprime fatalement des stigmates indélébiles, l'éducation, les passions, l'esprit d'imitation inhérent à sa nature même, etc.

Parmi les seconds : les traumatismes, les empoisonnements, l'établissement de la puberté, etc.

2o Quoique malheureusement trop fréquents de nos jours, ces crimes ne sont pas un résultat de notre civilisation. L'histoire des peuples nous en fournit des exemples restés célèbres.

3o Au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut, dans l'état actuel de la science, tirer des conclusions positives de la présence fréquente d'une circonvolution supplémentaire chez certains homicides, au point de vue de la localisation de l'instinct du meurtre.

4o La symptomatologie est celle des affections nerveuses en général. Aucun signe pathognomonique ne peut permettre d'affirmer la nature éminemment dangereuse de la maladie.

5o Le pronostic est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, fatal.

6o Le traitement est celui des affections mentales et est subordonné à une foule de questions particulières.

7o La législation, tout en armant la Société contre ces précoces assassins, est néanmoins insuffisante puisque, condamnés à une simple détention jusqu'à un âge déterminé par le jury, elle les rend à la liberté à l'expiration de leur internement.

D'accord avec un grand nombre de médecins et de magistrats, nous voudrions que ces tristes individus fussent mis à tout jamais dans l'impossibilité de nuire et qu'ils fussent ou transportés ou renfermés dans des asiles spéciaux, suivant que le tribunal, après examen d'expert, les aura déclarés comme ayant agi avec discernement ou ayant agi sans discernement, les aura considérés comme sains d'esprit ou en démence.

Dr E. Régis,
Chef de clinique des maladies mentales.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PEPTONES ET SPÉCIALEMENT DE LA PEPTONE PHOSPHATÉE, par le docteur LAPRADE, ancien interne des hôpitaux.

L'introduction des peptones en thérapeutique nous remet en mémoire une série d'expériences entreprises autrefois par Demarquay, dans le but d'établir la relation en puissance nutritive de la viande avec ses dérivés alibiels les plus usuels : bouillon concentré, extrait et jus de viande.

Une série de chiens nourris exclusivement chacun de l'un de ces aliments furent enfermés séparément dans des cases à plancher incliné et muni d'une rigole pour le recueillement intégral des urines. Ces urines dosées quant à l'urée, et cette quantité ramenée à 1 kilogramme du poids de chaque animal, on essaya de provoquer chez tous la même élimination de ce principe immédiat qu'on a si justement qualifié de *Cendres de l'économie*. On éleva donc successivement la proportion des produits alimentaires donnés à chaque animal pour amener, si possible, une excrétion d'urée égale à celle fournie par les chiens que l'on nourrissait de viande crue. On n'y parvint jamais, et au bout de quelques semaines la maigreur des sujets dénotait clairement l'insuffisance comme alimentation exclusive des principes extraits de la viande.

Ces résultats étaient faciles à prévoir, et nous ne songerions sans doute pas à les relater si, parallèlement à ces expériences et dans le même ordre d'idées, on n'en avait fait d'autres dont les enseignements nous paraissent beaucoup plus intéressants à rappeler.

Des chiens de même taille et de même âge furent nourris les uns avec de la viande crue, les autres avec de la viande additionnée de phosphate de chaux. Or la quantité d'urée sécrétée par ces derniers fut toujours notablement supérieure à celle que rendirent les autres, bien que le poids de viande ingérée fut exactement le même. A titre de contre-expérience on intervertit l'ordre des aliments, la viande crue étant substituée à la viande phosphatée, et réciproquement; après deux ou trois jours, le dosage de l'urée confirmait les premiers résultats. Ajoutons que, parmi nos animaux nourris exclusivement de viande crue, l'un eut une poussée eczémateuse, deux ou trois la diarrhée, et, d'une manière générale, tous présentèrent les caractères d'une santé peu brillante, alors que les autres, soumis à l'alimentation phosphatée, témoignaient, par leurs yeux vifs et leur poil lustré, de l'excellence de leur régime.

Ainsi se trouve de nouveau pleinement confirmé le pouvoir du phospate de chaux comme agent d'assimilation, comme excitant de la nutrition générale. Aux belles expériences de Chossat et de Bérard, qui avaient démontré que la fragilité des os *est en rapport avec la diminution du phosphate dans l'alimentation*, venait s'ajouter sa faculté de transformer les substances azotées en chair musculaire.

Un ancien interne distingué de la maison Dubois, M. Bayard, qui vient d'attacher son nom à une *peptone pepsique phosphatée*, s'est inspiré bien certainement des expériences que nous venons de rappeler pour l'élaboration d'un produit qui paraît destiné à prendre un rang des plus honorables dans la thérapeutique moderne. La *peptone phosphatée Bayard* constitue, en effet, par elle-même, un aliment *complet*, directement assimilable et, en même temps, un eupeptique incomparable.

Le véhicule de cette peptone est un vieux vin de Malaga titrant de 12 à 15 0/0 d'alcool, c'est-à-dire constituant déjà par lui-même un aliment d'épargne de premier ordre qui vient encore s'ajouter à la puissance reconstitutive du produit.

Convalescences, cachexies, rachitismes, phtisie, pyrexies de longue durée, certaines dyspepsies, etc., autant de cas pathologiques qui ne tarderont pas à être tributaires d'une préparation sur laquelle l'attention de nos confrères doit être fixée. (*Gazette des hôpitaux.*)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous ne donnons que sous toutes réserves la nouvelle de la mort de notre jeune et regretté confrère, le docteur Crevans, médecin de première classe de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, qui avait conquis un des premiers rangs parmi les explorateurs modernes, missionnaires du ministère de l'instruction publique, qui ont rendu à la science géographique de si grands services. Si les nouvelles publiées jusqu'à ce jour sont vraies, Jules Crevans, aurait été massacré avec tous les membres de l'expédition qu'il dirigeait non loin du Pilcomayo, dans la Bolivie.

— Nous apprenons aussi la mort, à l'âge de 65 ans, de M. le docteur André Wood Baird, médecin de l'hôpital de Douvres, ainsi que celle de M. le docteur Hurteaux, qui exerçait la médecine à Paris depuis près de cinquante ans.

***

CONCOURS DES CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL. — Ce concours, ouvert le 8 mai dernier, s'est terminé vendredi par la nomination de MM. les docteurs Duret, Henryet et Reynier.

***

HOPITAL DE BERCK-SUR-MER. — Le concours de l'internat s'est terminé samedi dernier par la nomination de M. Baéna. Les questions qui ont été données sont : pour l'épreuve orale ; la scarlatine et pour l'épreuve écrite : ligaments de l'articulation coxo-fémorale, signes de la coxalgie.

***

HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE. — M. le docteur Duchamp, professeur agrégé à la faculté de médecine de Lyon, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les concours du clinicat s'ouvriront dans le courant du mois de juillet 1882.

Il sera pourvu à la nomination de :

1. *Clinicat obstétrical*, un chef de clinique titulaire, un chef de clinique adjoint;

2. *Clinicat chirurgical*, deux chefs de clinique titulaires, deux chefs de clinique adjoints;

3. *Clinicat des maladies mentales*, un chef de clinique titulaire, un chef de clinique adjoint;

4. *Clinicat médical*, deux chefs de clinique titulaires, deux chefs de clinique adjoints;

5. *Clinicat des maladies des enfants*, un chef de clinique titulaire, un chef de clinique adjoint;

6. *Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques*, un chef de clinique titulaire, un chef de clinique adjoint.

Les candidats à chacun de ces concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet et produire en même temps leur acte de naissance et leur diplôme de doctorat. Le registre d'inscription est ouvert tous les jours de midi à trois heures. La limite d'âge est portée de 35 à 38 ans pour l'admission

des clinicats chirurgical, obstétrical et ophthalmologique. Pour les autres clinicats cette limite reste fixée à 35 ans. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

***

PRIX DE FEU DUPARCQUE. — Conformément à la volonté du legs qui lui a été généreusement fait par l'un de ses membres les plus regrettés, la Société de médecine de Paris fonde un prix qui, sous le nom de *Prix Duparcque*, sera décerné *tous les deux ans* à un travail, manuscrit ou imprimé, écrit en langue française, à la condition toutefois que ce dernier n'aura pas été publié depuis plus de deux ans avant l'ouverture du concours.

Le prochain concours s'ouvrira le 1er avril 1882, et les travaux des concurrents devront être parvenus avant le 1er avril 1883 à l'adresse de M. de Beauvais, secrétaire général, 39, rue de Trévise, à Paris.

Le prix consistera en une somme de *six cents francs* et une *médaille d'or de cent francs*, portant inscrits sur l'une de ses faces les mots suivants : « Société de médecine de Paris, » et sur l'autre : « Prix Duparcque, » les noms du lauréat et le millésime.

Dans la pensée d'honorer spécialement la mémoire du fondateur du prix, la Société a décidé de choisir (pour la première fois au moins) un sujet ayant trait à la gynécologie, où Duparcque s'était acquis une durable notoriété.

Voici le titre de ce sujet : « Etude des troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques ou pathologiques de l'utérus. »

Le prix sera décerné publiquement le quatrième samedi d'octobre 1883, dans la salle des séances, 3, rue de l'Abbaye.

***

PRIX CIVIALE. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires des hôpitaux de Paris pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique avant le 15 août 1882, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les limites des consignations pour les examens probatoires du quatrième trimestre de la présente année scolaire sont fixées comme suit :

1o Pour le troisième examen de doctorat, jusqu'au 15 juin inclusivement;

2o Pour le quatrième (ancien et nouveau mode), jusqu'au 29 juin ;

3o Pour le cinquième (ancien et nouveau mode), ainsi que pour le troisième examen d'officiat et les sages-femmes, jusqu'au 6 juillet;

4o Enfin pour les thèses de doctorat jusqu'au 20 juillet.

Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen quelconque, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 20 juillet, les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

(Extrait des délibérations de la séance du 25 mai 1882).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté ministériel, un enseignement spécial à l'usage exclusif des élèves sages-femmes externes est institué à titre gratuit à partir du 1er novembre 1882. Les matières de cet enseignement seront traitées en deux années.

***

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A la suite de concours ouverts en 1881, et conformément aux rapports approuvés par l'assemblée des professeurs dans la séance du 25 mai 1882, les prix suivants sont décernés aux auteurs dont les noms suivent :

1o *Prix Chateauvillard*. — Membres du jury : MM. les professeurs Regnauld, Sappey, Laboulbène, Trélat et Hayem. Un prix d'une valeur de 1,500 francs est décerné à M. le docteur Dujardin-Beaumetz pour ses *Leçons de clinique thérapeutique*. Une récompense de 500 francs est attribuée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Doléris pour *La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs*.

2o *Prix Montyon*. — Membres du jury : MM. les professeurs Bouchardat, Parrot, Jaccoud et Laboulbène. — Le prix n'est pas décerné, mais sont accordées à titre d'encouragement : 1o une somme de 400 francs à M. le docteur Caradec (de Brest), auteur d'un mémoire ayant pour titre : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde ;* 2o une somme de 300 francs à M. le docteur de Bainville, aux Saules (Vosges), auteur d'un travail intitulé : *Histoire d'une épidémie de rougeole qui a sévi pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1880*.

3o *Prix Corvisart*. — Membres du jury : MM. les professeurs Germain Sée, Lasègue, Hardy, Potain et Ball. Le prix a été décerné à M. Rabion (Martial), pour son mémoire sur les *Pleurésies*.

***

SERVICE SANITAIRE DE L'ALGÉRIE. — Un décret en date du 26 janvier organise comme suit le service sanitaire :

Article 1er. — Le service sanitaire du littoral de l'Algérie, rattaché au ministère du commerce et des colonies, fonctionne sous l'autorité du gouverneur général civil de l'Algérie qui rend compte au ministre des décisions prises et de la marche du service.

Art. 2. — Le service sanitaire du littoral algérien est divisé en trois directions ayant leur siège à Alger, Oran et Bône, et subdivisées en agences, conformément à l'état annexé au présent décret.

Art. 3. — Chaque direction sanitaire, indépendante des deux autres, est dirigée par un docteur en médecine ayant le titre de « directeur de la santé ». Chaque directeur de la santé relève directement du gouverneur général civil de l'Algérie, à qui il rend compte des faits concernant son service et de qui il reçoit des instructions.

Art. 4. — Un conseil sanitaire, composé conformément aux prescriptions du décret du 22 février 1876, et investi des attributions indiquées audit décret, est institué à Alger, auprès du gouverneur général, qui prend son avis lorsqu'il le juge nécessaire.

Art. 5. — Des arrêtés ministériels déterminent la composition et les traitements du personnel du service sanitaire du littoral algérien.

Les nominations des divers agents de ce service ont lieu conformément aux articles 94 à 98 du décret du 22 février 1876.

Pour toutes les nominations appartenant au ministre, le gouverneur général civil de l'Algérie est préalablement consulté.

Art. 6. — Le ministre du commerce et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

AVIS

Plusieurs de nos lecteurs, quand un numéro ne leur parvient pas, écrivent au Rédacteur en chef. De semblables réclamations doivent être adressées, pour éviter tout retard, à M. O. DOIN, *libraire-éditeur, 8 place de l'Odéon, chargé du service régulier de de la* GAZETTE MÉDICALE *et des comptes-rendus de la Société de Biologie.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

198. M. Vinceslas-Bartosjewicz. Traitement des affections cutanées par les scarifications. — 199. M. Desprez. Essai sur la symptomatologie du cancer primitif du larynx. — 200. M. Michon. Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle. — 201. M. Charrière. Considérations sur les rapports de l'hystérie avec la paralysie générale. — 202. M. Piot. — Recherches expérimentales sur la mort apparente dans l'asphyxie et son traitement par un procédé nouveau de respiration artificielle. — 203. M. Pélix. Du retard du pouls artériel. — 204. M. Coupard. Tuberculose de la voûte crânienne et tuberculose osseuse. — 205. M. Hutin. De l'épithélium tubulé. — 206. M. Osorio. Recherches sur l'exostose sous-unguéale du gros orteil. — 207. M. Henry de Launay. De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — 208. M. Cavayé. Etude sur les fractures du col de l'omoplate et de la cavité glénoïde. — 209. M. Goudounèche. Contribution à l'étude de la fièvre herpétique. — 210. M. Petit. De la valeur clinique des symptômes fournies par les ulcérations intestinctes. — 211. M. Gautier. De l'absinthisme chronique. — M. Gruet. Etude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive. — 213. M. Lafaye. — Contribution à l'étude du rhumatisme cardiaque d'emblée. 214. M. Leclercq. De la thérapeutique des fractures transversales de la rotule. — 215. M. Beclere. Contribution à l'étude de la contagion à l'hôpital des enfants. De la contagion de la rougeole. — 216. M. Corbeil. Du traitement des abcès froids par le grattage. — 217. M. Peyramaure-Duverdier. Des dépressions et fistules cutanées congénitales de la région coccygienne. — 218. M. Longeviable. De l'influence de l'arsenic sur le diabète. — 219. M. Dive. De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 9 JUIN AU JEUDI 15 JUIN 1882.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 11. — Rougeole 27. — Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 51. — Dysenterie 2. — Erysipèle 11. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 193. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 87. — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 27. — Pneumonie 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 54. — au sein et mixte 41. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 96. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 58. — de l'appareil digestif 59. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1105 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



53e année. 6e série. Tome IV. N° 26 1er JUILLET 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 29 juin 1882.

Académie de médecine. — RAPPORT DE M. BOULEY SUR UNE OBSERVATION DE M. DENIS-DUMONT, INTITULÉE : CAS DE RAGE CONFIRMÉE. Guérison.

Il y a quinze jours, M. Denis-Dumont (de Rouen) communiquait à l'Académie une observation qu'il produisait comme un cas de rage confirmée guérie par l'emploi des injections de pilocarpine. Dans la séance suivante, M. G. Sée, devançant le jugement de la Commission à l'examen de laquelle avait été renvoyée la communication de M. Denis-Dumont, est intervenu pour étouffer dans leurs germes les espérances que pouvait faire naître la lecture de cette communication. M. G. Sée a révélé l'insuccès des tentatives que d'autres et lui avaient faites avec la pilocarpine appliquée au traitement de la rage, et, pour expliquer l'étonnant résultat obtenu chez son malade par M. Denis-Dumont, il a suspecté ce dernier d'avoir pris pour un cas de rage ce qui n'était qu'un cas d'hydrophobie.

Le rapport de la Commission ne s'est pas fait attendre; M. Bouley en a donné lecture à l'Académie dans la séance de mardi dernier, et les applaudissements qui lui ont été décernés prouvent que dans ce travail, que nous n'hésitons pas à qualifier de remarquable, il a su donner la juste appréciation du fait en cause. Écartant toute idée préconçue, M. Bouley a eu soin de démêler dans les symptômes offerts par le malade de M. Denis-Dumont ceux qu'à la rigueur on pourrait mettre sur le compte d'une imagination pervertie par la terreur et ceux qui se soustraient à cette interprétation.

Il est vrai, a fait remarquer l'auteur du rapport, que les premiers accidents ont éclaté chez ce malade peu de temps après qu'il eut appris que la femme mordue en même temps que lui avait succombé à la rage. Il est vrai que, par le fait de sa profession de berger, il était à même d'avoir des notions précises sur les symptômes les plus frappants de cette maladie. Il savait, à n'en pas douter, que les chiens atteints de la rage mordent tout ce qui vient à leur portée, qu'ils mordent les cailloux, les bâtons qu'on leur présente, et qu'ils se mordent eux-mêmes, et, dans l'idée qu'il pouvait avoir d'être en proie à la terrible maladie, il se serait senti poussé à mordre tout ce qui arrivait à portée de sa bouche et à se mordre lui-même. Il devait savoir aussi que les individus atteints de la rage ont horreur des liquides, et alors, sous le coup d'illusions terrifiantes, tout contact d'un liquide avec son gosier pouvait provoquer des spasmes du pharynx et la vue d'un verre le jeter dans une excitation violente. Mais dans la relation si scrupuleuse de M. Denis-Dumont, il est dit qu'au moment de l'explosion des premiers symptômes le malade ressentit des démangeaisons au siége de la morsure, qui s'irradiaient dans tout le membre ; que ces démangeaisons le poussaient à se frotter et à se mordre ; que la plaie se raviva ; qu'il existait une hyperesthésie généralisée ; manifestations qui sont propres à la rage vraie. Dira-t-on que le berger connaissait ces

FEUILLETON

VI. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes-rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Le refuge des vieilles femmes (*Old women houses*). — Le refuge des vieux hommes (*Old men houses*). — L'asile des enfants trouvés (*Foundling houses*).

C'est à environ un kilomètre de distance, et en rase campagne, que se trouve le refuge des vieux hommes (*Old men houses*). C'est un vaste quadrilatère, entouré de murs, et dans lequel on pénètre en traversant un temple de grande dimension, mais misérable, abandonné : ni dieux, ni ex-votos, un autel absolument nu. En sortant du temple, une grande cour déserte où aboutissent de larges rues, et une succession de petites maisons contiguës, pareilles aux demeures des vieilles femmes, mais infiniment plus misérables. Une d'entre elles est absolument vide, pas même un grabat : dans un coin, quelques débris de poteries cassées, parmi lesquelles un vieux bonhomme est assis par terre, le dos appuyé à la muraille. Il n'y a qu'un petit nombre de ces chambres qui présentent des traces d'habitants. Quelques vieillards rôdent par les rues et par les cours. La moitié de ces masures, au nombre d'environ deux cents, sont effondrées, et comme on n'aperçoit aucun vestige d'entretien, il est aisé de prévoir le temps où l'asile aura cessé d'exister. Rien de plus morne que ce désert où les quelques traces de vie que l'on rencontre expriment le dénuement le plus complet, et où ni un arbre ni une touffe de gazon ne se distinguent parmi le sable pierreux, les briques fendues et les murs éboulés.

Ce n'est qu'à l'établissement des enfants trouvés (*Foundling houses*) qu'on rencontre quelque chose d'organisé. Situé au milieu de champs cultivés, à quelque distance des précédents, il n'est pas ouvert banalement comme eux.

Sur le bas-côté d'une avenue très ombragée s'ouvre un portique

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février, 18 mars, 8 avril et 3 juin

manifestations pour des symptômes de la rage et que la notion qu'il en avait lui donnait l'illusion de l'hyperesthésie, du prurit avec ses irradiations et ses conséquences, cela sous l'empire de la terreur que lui inspirait l'idée d'être atteint de cette maladie ? M. Bouley répond que non; et il ne lui a pas été difficile d'établir qu'entre le fait clinique observé par M. Denis-Dumont et les exemples connus d'hydrophobie simple ou de rage imaginaire, il n'y avait pas de confusion possible. Dans ce dernier cas, on n'a jamais observé que des symptômes d'ordre psychique qui se dissipaient aussitôt que le malade avait acquis la conviction de l'inanité de ses craintes.

On ne saurait d'ailleurs récuser le diagnostic de M. Denis-Dumont pour ce seul motif que son malade a guéri. Si les faits proclament avec une désolante unanimité l'inefficacité des moyens employés jusqu'à ce jour contre la rage, les récentes recherches de M. Pasteur laissent concevoir des espérances théoriques en faveur de la curabilité de cette affection. M. Pasteur, a dit M. Bouley, a pu se convaincre que le système nerveux agit par rapport au germe de la rage comme un véritable condensateur, qu'il attire à lui le virus rabique et que les accidents qui caractérisent les accès de la maladie ne sont que la conséquence de la pénétration des éléments organisés du virus, dans les éléments anatomiques du bulbe. Il résulte de là un conflit qui n'entraîne à sa suite que des désordres inaccessibles à nos moyens habituels d'investigation. La rage serait donc bien une névrose, dans le sens attribué à ce mot, et *à priori* tout porte à espérer qu'une médication aboutissant à éliminer le virus rabique des éléments cellulaires du bulbe avant que le conflit n'ait dépassé certaines limites, réussira à donner des guérisons. Il est regrettable, a ajouté le rapporteur, que M. Denis-Dumont n'ait pas été à même de faire servir les résultats obtenus par M. Pasteur à l'élucidation de la question de diagnostic. Par cela même que le virus rabique a besoin, pour provoquer les désordres de la rage, de se condenser dans certains districts de l'encéphale, où ses éléments organisés se multiplient par voie de pullulation, on réussit à abréger la durée de l'incubation lorsque, sur des animaux trépanés, on porte le virus rabique directement dans la substance des centres nerveux. M. Denis-Dumont, s'il avait eu connaissance de ces faits, aurait donc eu le moyen de se renseigner à bref délai sur la véritable nature des accidents observés chez son malade.

Dans l'état des choses, M. Bouley estime qu'il serait prématuré d'admettre que la pilocarpine a guéri ce malade de la rage; mais il n'a pas craint de déclarer que ce serait tomber dans une exagération tout aussi regrettable que de ne voir dans le cas en question qu'un exemple d'hydrophobie, pour condamner de parti-pris la médication instituée. C'était l'avis que nous exprimions dans notre dernier article. Il ne suffit pas qu'une médication ait donné des insuccès aux mains de quelque clinicien en vue pour décréter son inefficacité, et à l'Académie pas plus qu'ailleurs on ne semble disposé à abandonner le monopole des découvertes en thérapeutique à une caste de privilégiés.

E. Ricklin.

CHIRURGIE PRATIQUE

Taille hypogastrique sur un homme de soixante et onze ans. — Guérison. — Considérations générales sur le manuel opératoire et les soins consécutifs de cette opération, par M. Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite et fin. — Voir les numéros 24 et 25.)

V. — *Moyens propres à régulariser le cours de l'urine par la plaie hypogastrique.* — Je rappellerai seulement que, pour détourner l'urine de la plaie hypogastrique, frère Côme avait imaginé de pratiquer une ouverture au périnée et d'y placer une canule qui occupait le col et dont l'extrémité plongeait dans la vessie. C'était retomber, sous une forme plus grave, dans les inconvénients et les dangers de la sonde à demeure. De plus on reconnut bien vite que ces précautions n'empêchaient pas l'urine de passer par la plaie hypogastrique, particularité qu'expliquent bien la contractilité de la vessie et la facilité d'écoulement plus grande que rencontre le liquide par une plaie largement ouverte que par les yeux d'une canule ou d'une sonde.

L'imagination des chirurgiens s'est donné carrière sur ce point de pratique. De ces efforts sont nés, entr'autres instruments, le siphon aspirateur de Souberbielle, le tube uréthrocystique de Heurteloup et bien d'autres inventions dont le

---

couvert aboutissant à une cour assez étendue où j'aperçois une vingtaine de femmes et d'enfants. En face, un temple d'apparence très ordinaire. A gauche, une sorte de bureau où se tient le petit mandarin chargé de la direction de la maison. On lui remet ma carte, et il vient très obligeamment se mettre à ma disposition; c'est un homme d'une soixantaine d'années, à moustache blanche, l'air doux et poli, un type que j'avais déjà rencontré plusieurs fois, ce qui n'est pas rare dans la classe moyenne à laquelle paraissait appartenir le directeur du *Foundling house*.

Nous suivons un corridor sombre et très long qui nous mène à un dédale de ruelles etroites, mais propres, d'allées avec une rigole centrale. De chaque côté, des chambres uniformes, carrées, avec un lit à chacun des quatre angles; sur ces lits des couvertures en désordre, des vêtements en mauvais état; aucun autre meuble. Chacune de ces chambres est habitée par quatre nourrices et quatre enfants, car chaque enfant a sa nourrice propre. Quelques bébés dormaient sur ces lits, enveloppés de couvertures; mais la plupart étaient sur les bras de leurs nourrices. Celles-ci, toutes jeunes et de bonne mine, paraissaient s'en occuper avec sollicitude. Mais ces pauvres êtres, âgés de huit jours à quatre ou cinq mois, je n'en ai pas vu qui parussent excéder cet âge, misérables, ratatinés, la figure vieillotte et souffrante, quelques-uns absolument décolorés, d'autres d'un rouge cramoisi, semblaient tous voués à une œuvre prochaine. On n'entendait même presque pas de cris ni de vagissements. Le mandarin me fit entendre qu'il en mourait beaucoup. Ceux qui survivent sont gardés jusqu'à ce qu'on vienne les demander, souvent dès l'âge de un à deux ans, pour en faire des domestiques. Les femmes qui vivent sur les bateaux viennent souvent en chercher. Quelques-uns sont adoptés dans des familles où il n'y a pas d'enfants mâles. Les directeurs de troupes théâtrales prennent encore là des enfants qu'ils élèvent pour le théâtre.

Il y a dans le *Foundling house* de la place pour deux cents nourrices, et l'établissement m'a paru à peu près au complet. Une dame surveillante à petits pieds, d'une apparence très respectable, nous avait suivis pendant toute notre visite.

(A suivre.)

succès n'a pas été plus grand, si bien que Voillemier donnait la préférence à une longue mèche introduite dans la plaie, destinée à conduire au dehors l'excédant d'urine auquel ne pourrait donner passage une sonde de caoutchouc de cinq millimètres de diamètre placée dans l'urèthre.

D'une manière générale on peut dire que les instruments de faible calibre, quels qu'ils soient, ne valent rien, parce qu'ils se bouchent très vite et deviennent inutiles. Si donc on place da la vessie par la plaie hypogastrique des tubes quelconques, en caoutchouc ou en verre, il faut qu'ils soient volumineux.

J'ai eu à me louer d'un procédé d'évacuation de l'urine dont M. Perier avait reconnu l'efficacité chez un de ses deux opérés. Il consiste à introduire dans la vessie, à côté l'un de l'autre, deux tubes de caoutchouc rouge de 8mm de diamètre extérieur, et assez longs pour qu'on puisse faire plonger une de leurs extrémités dans un urinal placé entre les jambes du malade ou dans un vase posé à terre, près du lit, tandis que l'autre, ouverte du bout et percée en outre d'un œil latéral, est enfoncée jusque dans le bas-fond de la vessie. On établit ainsi une sorte de siphon double, qui facilite beaucoup les lavages.

Je me suis convaincu dès le premier jour de la régularité de fonctionnement de cet appareil fort simple. Les deux tubes obturaient à peu près complètement la plaie vésicale et donnaient passage à *toute l'urine excrétée*, de sorte que, s'il était prouvé que ce fonctionnement dût être toujours aussi régulier, il n'y aurait pas lieu de chercher quelque chose de plus parfait.

J'enlevai un des tubes le onzième jour; alors seulement une certaine quantité d'urine baigna la plaie, mais l'infiltration n'était plus à redouter. Le surlendemain, la plaie s'étant rétractée, un seul tube suffit à l'écoulement de toute l'urine. Ce ne fut qu'au vingt-troisième jour que je l'enlevai; je laissai l'urine s'échapper par la plaie, parce que je n'osais pas encore mettre une sonde à demeure; je ne m'y décidai que le quarantième jour, alors que la plaie était réduite à un trajet de trois millimètres de diamètre et que l'état général était tout à fait bon.

Bien supportée pendant deux jours, cette sonde commença au troisième jour à causer de l'uréthrite et même de la cystite, et, comme symptômes généraux, de l'anorexie, une grande faiblesse accompagnée de teinte sub-ictérique de la peau. Au cinquième jour il fallut y renoncer, et comme l'écoulement volontaire de l'urine ne s'était pas rétabli, comme le cathétérisme était difficile et qu'on ne pouvait le pratiquer plus de deux fois par jour, il fallut se résoudre à voir de nouveau l'urine passer par la plaie.

Quand l'état du malade se fut amélioré, je plaçai de nouveau une sonde à béquille à demeure, avec l'intention de ne la laisser que trois jours. L'écoulement par la plaie fut supprimé dès le second jour; celle-ci semblait fermée, mais elle se rouvrit à l'ablation de la sonde.

Je recommençai de même trois jours après avec un résultat semblable, mais nous étions au soixantième jour. La guérison avait été retardée par le défaut de vitalité du malade, âgé de soixante et onze ans, par son intolérance à l'égard de la sonde à demeure et par la persistance de l'inertie vésicale.

Le malade repartit pour la province le lundi 21 mai, soixante-quatre jours après l'opération. Je recommandai à son médecin de remettre la sonde à demeure pendant trois ou quatre jours, autant de fois qu'il le faudrait pour assurer la cicatrisation définitive, et au malade de se sonder de deux à quatre fois par jour, pendant les intervalles, avec des sondes à béquille nos 15, 16 et 17.

Ce moyen, employé une seule fois, suffit pour assurer la guérison qui est complète depuis près d'un mois. Malheureusement l'inertie vésicale persiste et le cathétérisme continue à être nécessaire.

Conclusions. — Les considérations précédentes peuvent être résumées comme il suit :

I. — La distension préalable du rectum et de la vessie facilite la recherche du réservoir urinaire. Il y aurait peut-être des inconvénients à la pousser trop loin chez les sujets atteints d'inertie de ces deux organes ou de la vessie seule.

II. — L'emploi du thermo-cautère offre quelques garanties contre l'infiltration de l'urine, en favorisant la production rapide d'adhérences entre les divers plans des parties molles, y compris la paroi vésicale.

III. — Il importe de ne pas dégarnir l'espace rétro-pubien du tissu cellulo-graisseux qui le comble dans l'état normal, et de ne pas inciser la vessie derrière le pubis, ainsi que le recommandait Velpeau. De légères tractions de haut en bas facilitent le décollement du péritoine et permettent d'agrandir la plaie sans danger, en coupant de bas en haut.

IV. — Le conducteur à chaînons cannelés de M. Th. Anger développe bien la paroi antérieure de la vessie et offre un bon point d'appui au bistouri ou au thermo-cautère. Il est certainement supérieur à la sonde à dard.

V. — La suture des parties molles, non compris la vessie, doit être absolument proscrite, sauf un ou deux points superficiels ayant pour but de diminuer la plaie par en haut.

La suture de la vessie, en même temps que de la paroi abdominale, est dangereuse en ce que, si celle de la vessie manque, l'infiltration d'urine devra se faire plus aisément sous les plans superficiels.

Elle est encore dangereuse chez les vieillards, parce qu'elle rend nécessaire la sonde à demeure ou le cathétérisme répété, pratiques à éviter comme exposant a de graves accidents.

Elle offre les mêmes inconvénients chez les adultes et les enfants et n'a peut-être pas l'avantage de hâter beaucoup la guérison.

On peut cependant placer un point de suture médiane sur l'angle inférieur de la plaie vésicale et un ou deux points latéraux, de chaque côté de cet angle, pour réunir les plans musculo-fibreux à la paroi du réservoir urinaire et empêcher le passage de l'urine dans l'espace rétro-pubien.

VI. — Les moyens propres à détourner le cours de l'urine du côté de l'urèthre sont dangereux et inutiles. L'établissement d'un siphon double constitué par des tubes de caoutchouc de gros calibre percés latéralement et à leur extrémité et s'échappant par la plaie hypogastrique, peut assurer l'écoulement régulier de la quantité totale de l'urine excrétée.

VII. — La sonde à demeure ne doit être employée que lorsque le malade est hors de danger. Autant que possible, et sauf indication spéciale, on devra éviter d'y recourir pendant les jours qui suivent immédiatement l'opération.

Selon les cas, on la préfèrera au cathétérisme répété, ou inversement. On sera parfois obligé de suspendre fréquem-

ment l'emploi de ce moyen, lorsque le malade aura beaucoup de peine à s'y accoutumer.

On aura de grandes chances d'éviter grâce à ces diverses précautions la formation d'une fistule urinaire.

A. Le Dentu.

PATHOLOGIE MÉDICALE

La migraine ophthalmique est une maladie des vaso-moteurs de la rétine et du centre visuel, qui peut aboutir a une thrombose. (Communication faite à la Société de biologie. Séance du 26 novembre 1881, par le docteur Galezowski.)

A l'époque où je fis ma communication au congrès de Genève, en 1877, sur la *migraine ophthalmique*, j'avais déjà observé 76 cas de cette bizarre maladie, que j'avais classée dans la névrose de la cinquième paire et dans les vaso-moteurs des centres optiques.

« Pour moi, disais-je, la migraine ophthalmique est une névrose de cette portion de la 5e paire qui fournit des filets nerveux vaso-moteurs soit aux organes centraux visuels, tels que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés, et le chiasma; soit à ses parties périphériques, telles que les nerfs optiques et la rétine. »

Mais toutes les névroses portent en elles-mêmes le germe de lésions matérielles, comme le dit si justement M. le professeur Charcot, et une malade, en apparence nerveuse, peut devenir, à un moment donné, une malade organique. La migraine ophthalmique est une nouvelle preuve à l'appui de cette assertion, car, sur le nombre, il est vrai, considérable des cas que j'ai pu recueillir jusqu'à présent dans ma clientèle, je trouve déjà deux cas de thrombose des vaisseaux rétiniens, un cas de thrombose avec rupture des vaisseaux et un cas d'atrophie partielle d'une papille optique, que je suis disposé aussi à rapporter à la thrombose des vaisseaux optiques cérébraux. Voici ces trois observations, qui me paraissent présenter le plus grand intérêt :

Obs. I. — Migraine ophthalmique, Thrombose de l'artère centrale. — Le général S...., âgé de 67 ans, vint me consulter le 1er février 1881 pour une perte subite de la vue de l'œil droit, qui lui était survenue cinq jours auparavant. Il me raconta que, depuis plus de vingt ans, il souffrait de troubles visuels périodiques dans l'œil droit; ces troubles se manifestaient sous forme d'hémiopie ou de scotôme, avec des éclairs en zig zag, qui ne duraient que quelques minutes; puis le malade éprouvait un mal de tête très violent dans la moitié de la tête, et des vertiges. Deux ou trois heures après, tous ces phénomènes disparaissaient. Ces crises se renouvelaient tous les mois ou toutes les semaines, parfois même pendant plusieurs jours de suite. A l'examen ophthalmoscopique, je constate une thrombose de l'artère centrale de la rétine droite, avec quelques taches hémorrhagiques. L'œil malade ne voit rien, si ce n'est un peu de jour dans le champ visuel externe. La papille est blanche, égérement infiltrée dans sa moitié interne, les artères sont filiformes; il y a quelques légères infiltrations blanchâtres le long de la branche temporo-frontale. En comprimant l'œil, on provoque cependant facilement la pulsation dans la portion centrale de l'artère. L'examen du cœur, fait par le médecin de la maison et par moi, n'a pu dévoiler la moindre altération des valvules.

Obs. II. — Thrombose de l'artère centrale de la rétine, par suite d'accès répétés de migraine ophthalmique. — Mademoiselle A...., âgée de 15 ans, habitant avec ses parents le midi de la France, me fut adressée par M. le professeur Jaumes (de Montpellier). Cette jeune fille était sujette aux migraines ophthalmiques depuis l'âge de 7 ou 8 ans. Ainsi, bien souvent et sans cause connue, elle était prise subitement d'un mal de tête, précédé ou suivi d'un trouble de la vue d'un ou des deux yeux. Ce trouble était accompagné d'éblouissements, d'éclairs en forme de pluie de feu, ou de zig zags. Par moments, la vue se perdait complétement pendant pix ou quinze minutes, et revenait ensuite sans laisser aucune trace. Ces phénomènes se reproduisaient à des périodes inégales, tantôt tous les deux ou trois mois, tantôt tous les jours, pendant plusieurs semaines consécutives. L'année dernière, les troubles visuels devinrent tellement fréquents, qu'il ne se passait pas de jour sans qu'elle les éprouvât, et presque toujours dans le même œil, le gauche. Mais un fait est certain, c'est qu'une fois la crise passée, la malade pouvait travailler, lire, écrire sans la moindre difficulté. Le 23 décembre 1880, la malade eut sa crise habituelle de migraine avec éblouissements, trouble de la vue, etc. Mais, cette fois-là, au bout de quelques minutes, la cécité de l'œil gauche devint complète, et ne cessa qu'imparfaitement au bout seulement de deux ou trois jours, tandis que le mal de tête, qui avait suivi l'accès, s'était prolongé pendant 24 heures. Tous les traitements qu'on lui avait fait subir n'avaient produit aucun effet favorable, et c'est dans ces conditions qu'elle me fut amenée par ses parents, le 8 février 1881.

État actuel. — A l'extérieur, on ne trouve aucun changement; la pupille paraît seulement un peu plus paresseuse dans ses contractions. Mlle A··· peut lire les caractères n° 2, bien qu'à grand'peine.

S = 3/20. Le champ visuel est perdu dans toute la moitié inférieure. L'examen du fond de l'œil présente les altérations suivantes :

La papille est blanche avec une légère suffusion séreuse au pourtour, et cette infiltration blanchâtre occupe une grande partie de la macule. L'apparence de la rétine et de la papille est tout à fait semblable à celle de l'embolie de l'artère centrale rétinienne. Et, en effet, les artères fronto-temporale et fronto-nasale sont oblitérées et entourées d'une bandelette sclérosique périvasculaire, sur une étendue double du diamètre de la papille. La même chose s'observe dans les artères inférieures, mais à un degré bien moindre. Le calibre de ces artères se trouve diminué d'une manière des plus sensibles, et, en comprimant le globe oculaire avec le doigt, on n'obtient pas de pulsation apparente. Les veines sont relativement plus volumineuses que les artères, mais, comparativement à l'œil sain, elles sont aussi diminuées de volume.

Notre regretté confrère Maurice Raynaud, qui avait été consulté pour la santé générale de la jeune malade, se trouva en consultation avec moi auprès d'elle; sur mes instances, et après avoir pris connaissance du processus, en apparence embolique, des vaisseaux rétiniens, il examina le cœur avec le plus grand soin et il n'y trouva rien qui permît de supposer l'existence d'une hypertrophie ou de toute autre affection cardiaque. Tout au plus pouvait-on entendre un bruit de souffle anémique dans les carotides. Raynaud déclara donc, dans sa consultation écrite, que l'accident rétinien était dû à une thrombose *autochthone.*

A quelle cause pouvait se rattacher cette thrombose? Cette jeune fille a toujours joui d'une santé excellente; elle est en apparence forte et bien constituée. Elle ne se plaint que des migraines ophthalmiques qui lui sont survenues trois fois dans l'œil malade et une fois dans l'autre œil pendant les cinq semaines de son séjour à Paris. Ajoutons, en outre, que son père est aussi très migraineux, et qu'il a ces attaques de migraine vulgaire depuis sa plus tendre enfance. Il est d'une constitution goutteuse et il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'un enfant, né d'un père goutteux et migraineux, fût lui-même prédisposé à la migraine et aux altérations goutteuses dans les vaisseaux qui, sous l'influence des spasmes migraineux, s'oblitèrent à un moment donné.

Je pense donc qu'il doit y avoir une corrélation directe entre ces sortes de névroses oculaires et la thrombose rétinienne, et si les spasmes des vaisseaux sont la cause initiale de la migraine, on comprend jusqu'à un certain point que des contractures prolon-

gées des artères à parois internes un peu rigides puissent amener à la longue une oblitération.

M. le professeur Charcot a émis une opinion des plus justes, et Ferré l'a soutenue dans son dernier travail : c'est que chaque symptôme peut devenir définitif et permanent. J'ai eu en effet l'occasion d'observer avec cet éminent maître un cas de scotôme central qui est devenu définitif. M. Charcot a lui-même constaté la transformation d'une aphasie migraineuse en aphasie permanente.

Peut-être dans tous ces cas, assez rares il est vrai, se produit-il le même processus pathologique de thrombose par le spasme.

Il doit se produire aussi, dans le cerveau, des altérations analogues à celles de la rétine, si l'on en juge par le fait suivant, qu'il m'a été donné d'observer. Une jeune femme, atteinte depuis de longues années de troubles visuels migraineux, perd subitement la vue de l'œil gauche. Malgré une certaine amélioration, la vue de cet œil reste trouble, et je constate au bout de quelque temps une atrophie de la papille optique d'un œil, semblable à ce que l'on trouve dans les affections cérébrales et spinales. Voici cette observation :

Obs. III. — Migraine ophthalmique avec atrophie consécutive de la papille gauche. — Mme Y···, âgée de vingt-neuf ans, demeurant à Montmartre, avait éprouvé, pendant sa jeunesse, quelques rares crises qui s'étaient, depuis quelque temps, complétement passées. A la suite de ses dernières couches, qui ont eu lieu il y a quatre ans, elle a commencé à avoir des maux de tête périodiques très violents, qu'elle croyait devoir attribuer aux accès migraineux. En même temps, il lui survenait un trouble passager de la vue ses yeux se remplissaient d'eau, puis venait un brouillard qui durait une demi-heure et était suivi d'un mal de tête qui se prolongeait pendant une ou deux heures et était accompagné de nausées et même de vomissements. Pendant la période du brouillard, la malade voyait constamment des zigzags très lumineux et de différentes couleurs. Le brouillard occupe toujours les deux yeux, elle ne voit jamais les objets par moitié; mais elle est constamment gênée par un scotôme noir qui se place sur tout ce qu'elle regarde, à côté du point de fixation.

Il est intéressant de remarquer que, depuis quatre ans, elle n'a jamais cessé de voir des paillettes et des zigzags lumineux, qui dansent continuellement devant son œil droit, même dans l'intervalle des crises. Par moments, c'est une plaque ronde, dentelée du diamètre d'une pièce d'un centime, qui sautille devant l'œil. Depuis un an, elle éprouve, simultanément avec les accès migraineux, des douleurs dans la jambe et dans le bras droits. Quelques fois aussi, elle éprouve des douleurs rhumatoïdes dans le bras gauche.

L'acuïté visuelle de l'œil droit est normale, mais de l'œil gauche cette dame voit à peine les caractères du no 5. Le champ visuel est diminué concentriquement dans l'œil gauche, pour les couleurs et pour la perceptivité des objets. A gauche aussi, la papille est blanche et ses vaisseaux sont diminués de volume.

Évidemment, nous nous trouvons ici en présence d'une atrophie semblable à celle que l'on observe dans les affections cérébro-spinales, et la lésion, par conséquent, a dû se produire dans le centre optique gauche.

Dans un cas tout récent, je viens de constater une névro-rétinite avec des thromboses vasculaires, accidents qui sont survenus dans un œil sujet depuis plusieurs années aux atteintes de la migraine ophthalmique. Voici ce fait :

Obs. IV. — Migraine ophthalmique et névro-rétinite avec thrombose capillaire. — Madame S..., âgée de 52 ans, d'une forte constitution, avait toujours joui d'une santé excellente. Il y a 4 ans, elle a été atteinte, pour la première fois, d'un accès de migraine ophthalmique de l'œil gauche. Cette crise l'avait beaucoup effrayée, car elle ne voyait plus le côté gauche des objets et de la figure des personnes qu'elle regardait. En même temps, elle avait été prise d'un tel vertige, qu'elle avait dû chercher un refuge dans un magasin. Ce trouble visuel était accompagné des phénomènes lumineux en zigzags caractéristiques de la migraine. Puis vint le mal de tête dans tout le côté gauche, qui dura plusieurs jours. Depuis cette crise, les maux de tête et les vertiges devinrent très fréquents; mais, quant aux troubles oculaires, ils ne se présentaient que deux ou trois fois par an, et toujours avec hémiopie. En outre, il y a trois ans, dans un accès migraineux, elle a éprouvé de l'amnésie; elle ne trouvait pas ses mots, ou bien les confondait les uns avec les autres; cela n'a duré que cinq à huit minutes; mais, depuis cette époque, elle a éprouvé ce phénomène encore trois fois; la dernière fois, ce fut au mois d'avril de l'année courante, mais elle n'a jamais rien ressenti ni dans les jambes. L'année dernière, elle consulta un confrère, qui lui découvrit une hémorrhagie rétinienne. Cette lésion disparut quelque temps après. Une nouvelle crise de migraine ophthalmique lui est survenue il y a trois jours, avec hémiopie gauche, mal de tête, vertiges; mais cette fois, après l'accès, la vue est restée trouble. Elle est venue me consulter le 23 novembre dernier, et voici ce que j'ai constaté: Mme S...... est hypermétrope de 4 D.; l'acuïté visuelle de l'œil droit est normale; celle de l'œil gauche est notablement affaiblie. $S = 3/30$, et elle lit difficilement de cet œil avec 4 D. convexe le N° 4 de l'échelle. Le champ visuel est libre, mais il existe une névro-rétinite gauche avec thrombose de quelques capillaires, compliquée de petites hémorrhagies. L'autre œil est sain. La malade n'a plus ses règles depuis 15 mois. Tout porte donc à croire qu'il s'agit ici d'une thrombose causée par les contractures fréquentes des vaisseaux rétiniens et que ces vaisseaux, sous l'influence de la disposition congestive de la ménopause, ont dû subir des oblitérations capillaires.

En résumé, il ressort des quatre observations précitées ce point très important, que la migraine ophthalmique, regardée jusqu'à présent comme une affection de nature purement nerveuse, peut, bien qu'exceptionnellement, donner lieu à des altérations matérielles des vaisseaux rétiniens ou cérébraux.

Examen du liquide des sudamina dans un cas de fièvre typhoïde, par Albert Robin.

Pendant le mois d'octobre 1881, j'ai observé à l'hôpital Necker un cas de dothiénentérie à forme adynamique, rapidement terminé par la mort et qui présenta entre autres particularités une éruption de sudamina généralisée et confluente, si bien que les petites vésicules, réunies les unes aux autres, formaient des bulles d'un volume considérable. Quelques-unes de ces bulles atteignaient 1 centimètre et demi de diamètre.

En perçant, avec la pointe d'un bistouri, le sommet de plusieurs de ces sudamina, on put recueillir 3 gr. 255 de liquide, dont l'analyse a fourni les résultats suivants :

Transparent et incolore, ce liquide laisse déposer par le repos une très minime quantité de flocons blanchâtres légers, en même temps qu'il prend une teinte légèrement opaline.

Sa réaction est très acide.

Son odeur est forte et désagréable.

Au microscope, on trouve une grande quantité de fines gouttelettes de graisse et quelques cellules épidermiques.

Il ne contient ni matière albuminoïde ni sucre. L'alcool ne trouble nullement sa limpidité.

L'addition d'acide nitrique nitreux ne produit ni changement de coloration ni modification quelconque du liquide.

Dans le résidu à l'évaporation sirupeuse de quelques centigrammes, on trouve au microscope des cristaux d'urée et de chlorure de sodium.

La réaction à la murexide ne révèle aucune trace d'acide urique.

L'analyse qualitative des sels démontre l'existence d'une notable quantité de chlorures, mais l'on ne trouve aucune trace de sulfates ni de phosphates.

Une analyse quantitative sommaire tentée sur 0 gr. 701 du liquide a donné les chiffres ci-dessous :

Eau	981 gr. 46
Matériaux solides	18 54
Matières organiques	14 26
Matières minérales	4 28

Ce qui domine, dans cette analyse sommaire, c'est d'abord que la somme des matériaux solides éliminés par les sueurs a été relativement considérable ; ensuite que parmi ceux-ci les matériaux inorganiques ont peu varié, tandis que l'élimination peut avoir porté principalement sur des principes organiques.

Ce fait est parfaitement en rapport avec les résultats qui sont fournis par l'examen des urines (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

De la paraplégie incomplète (paraparésie) par faiblesse fonctionnelle, par le docteur Webber.

(*Boston medical and Surgical Journal*, 19 janvier 1882.)

L'auteur rapporte trois cas de diminution de la motilité des membres inférieurs et ne se rattachant, selon toute apparence, à aucune lésion organique de la moelle ou de tout autre département du système nerveux. Dans ces trois observations, il s'agit de femmes. Chez la première, il existait de l'irritation spinale accompagnée d'une douleur très vive le long de la colonne vertébrale et de l'épigastre, d'un léger tremblement des mains, d'une exagération du réflexe patellaire à gauche, d'une hésitation dans la marche. Lorsqu'on faisait fermer les yeux à la malade, elle oscillait et manquait de tomber. Cette femme avait eu une longue série de maladies, à savoir une *fièvre pneumonique* (sic), le typhus, la fièvre typhoïde, un rhumatisme, la fièvre intermittente, enfin de la méningite spinale. Sur ce dernier point, l'auteur émet des doutes. La guérison complète fut obtenue, grâce à de simples applications de ventouses.

La seconde malade avait eu la scarlatine à l'âge de 5 ans. A la suite de cette maladie, elle était restée faible et cette faiblesse augmenta à ce point qu'elle devint absolument incapable de marcher, de se tenir debout, de s'asseoir et même de tenir la tête droite. La sensibilité n'était pas altérée et les muscles réagissaient normalement au courant faradique. L'auteur ne parle pas des réflexes tendineux. Il y avait de l'albumine et des cylindres granuleux dans l'urine. Une très grande amélioration se déclara sous l'influence d'un traitement ferrugineux, du massage, de l'électricité et des bains de mer. Il s'agissait là bien évidemment d'une sorte d'épuisement nerveux consécutif à une maladie grave et aussi, dit l'auteur, au surmenage.

Le troisième cas est celui d'une femme qui avait travaillé à la machine à coudre pendant douze ans, et qui s'était beaucoup fatiguée à soigner ses enfants malades. Les symptômes étaient les mêmes que dans les deux observations précédentes, et le traitement a eu les mêmes effets.

D'après M. Wehher, le siège de ce genre de troubles peut être dans les muscles ou dans le système nerveux. Les fibres musculaires peuvent se trouver fatiguées outre mesure à l'état de veille, au point de ne pouvoir revenir à l'état normal pendant le repos ; quant à la question de savoir si elles subissent une dégénérescence quelconque, c'est ce qui n'est pas encore élucidé ; dans tous les cas, s'il y a une dégénérescence, elle doit être légère, étant donné la conservation de la réaction électrique. Le diagnostic entre la myélite et la débilité fonctionnelle n'est pas toujours facile. L'auteur attache une grande importance à l'absence ou à la présence d'une douleur spinale. Cette douleur est, selon lui, en faveur d'un trouble fonctionnel. La sensibilité est aussi moins atteinte dans l'irritation spinale que dans la myélite ; enfin il y a plutôt parésie que paralysie à proprement parler. Quant aux troubles du côté de l'intestin et de la vessie, ils peuvent être les mêmes dans les deux cas. La conservation, souvent même l'exagération des réflexes tendineux, suffit à établir le diagnostic différentiel avec l'ataxie. Le meilleur traitement consiste dans le repos, le massage, les ventouses, l'électricité, le cautère actuel, le fer, le quinine et la strychnine. La guérison est lente et demande parfois des mois entiers.

De la paralysie spinale intermittente, par le docteur Gibney.

(*American Journ. of. Neurol. and Psych.*, 1882.)

Les deux observations de l'auteur se rapportent à des paralysies intermittentes ou plutôt récurrentes, survenues chez des enfants soumis à des influences paludéennes, et qui ont guéri par l'usage de la quinine. Le premier de ces enfants eut cinq attaques espacées par des intervalles d'un à plusieurs mois et d'une durée variant entre une semaine et six mois. Il y avait une atrophie marquée des muscles des régions thénar et hypothénar, des muscles sus-scapulaires, des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. Il en était de même aux membres inférieurs pour les fléchisseurs et les adducteurs, et pour les extenseurs de la jambe. La paralysie était symétrique.

Dans le second cas, il y avait eu trois attaques. Il n'y avait pas d'atrophie, mais une grande faiblesse et une grande flaccidité des masses musculaires. Les quatre membres étaient affectés. La première attaque guérit spontanément en quelques semaines, sans secours médical. La seconde, survenue un an plus tard, fut traitée à l'hôpital et dura six mois. La troisième, survenue six mois après, fut suivie de mort. Elle avait duré quinze jours. Malheureusement, il n'y a pas eu d'autopsie.

Ces intéressantes observations diffèrent des faits signalés par Erb et dans lesquels la paralysie avait une marche franchement intermittente et ne durait que quelques heures, absolument comme un accès de fièvre paludéenne.

De la chorée chez les individus âgés, par le docteur Macleod.

(*Journ. of Mental Science*, juillet 1881.)

— L'auteur rapporte l'observation d'un homme chez lequel la maladie ne se développa qu'à l'âge de cinquante ans. Il devint plus tard paralytique et dément. Il mourut à cinquante-

(1) Albert Robin, *Essai d'urologie clinique. — La fièvre typhoïde*, Paris, 1877.

cinq ans, après avoir présenté pendant cinq ans les mouvements choréiques les mieux caractérisés.

Dans une autre observation, il s'agit de deux sœurs devenues choréiques, l'une à soixante ans, l'autre à soixante-neuf. La maladie persista chez elles jusqu'à la mort qui survint, pour la première, à l'âge de soixante-six ans ; pour la seconde, à celui de soixante-treize. Leur père et leurs frères avaient aussi été choréiques. Toutes deux présentaient une paraplégie incomplète et des désordres mentaux.

Dans ces trois cas, l'autopsie révéla l'existence de lésions localisées à la zone motrice de l'écorce cérébrale. Chez deux des sujets, il s'agissait de kystes aplatis siégeant dans l'épaisseur des méninges et comprimant les circonvolutions. Chez le troisième, c'était une tumeur du volume d'une noisette, entourée d'autres plus petites, qui paraît avoir été la cause des troubles moteurs observés pendant la vie.

Des réflexes tendineux dans l'hémiplégie, par le docteur Ormeron.

(*St Bartolom. Hosp. Reports*. Vol. XVII.)

— Les observations de l'auteur portent sur cinquante cas d'hémiplégie ancienne pris au hasard. Dans quelques cas (environ 20 pour 100), il n'y a pas d'exagération du réflexe du côté malade ; il n'y a pas non plus de contracture.

Dans la plupart des cas (environ 64 pour 100), cette exagération existe, et alors il y a généralement de la contracture. Chez cinq malades, les réflexes étaient exagérés du côté sain, mais beaucoup plus encore du côté malade.

Dr Gaston Decaisne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juin 1882. — Présidence de M. Jamin.

Pathologie comparée. — De l'aptitude communiquée aux animaux a sang froid a contracter le charbon par l'élévation de leur température. — Note de M. P. Gibier, présentée par M. H. Bouley.

La température qui semble la plus favorable à la bactéridie charbonneuse est celle des mammifères, c'est-à-dire une chaleur de + 37° ou 38°.

Les oiseaux, et notamment la poule, ayant une température plus élevée (42° environ), ne contractent pas, dans les conditions ordinaires, la maladie dont nous parlons.

Cependant, M. Pasteur est parvenu, comme on le sait, à donner le charbon à la poule et à développer la bactéridie dans le sang de cet oiseau, en abaissant sa température par une immersion prolongée des pattes dans l'eau froide.

Après avoir constaté qu'à la température ordinaire de l'eau les grenouilles ne paraissent pas se ressentir d'une injection sous-cutanée ou intra péritonéale de liquides charbonneux, nous nous sommes posé la question de savoir si, en élevant la température à 37° environ, la bactéridie charbonneuse trouverait chez ces animaux à sang froid, devenus ainsi momentanément des animaux à sang chaud, les conditions propres à son développement.

Cette question, nous croyons l'avoir résolue, au moins en partie, et nous sommes arrivé à donner le charbon à des grenouilles, en les obligeant à vivre dans de l'eau à la température de 35° à 37°.

On ne réussit pas toujours, même dans ces conditions, à rendre charbonneuse une grenouille. Ainsi, sur vingt de ces animaux, nous avons obtenu cinq cas de charbon seulement. Les autres sont morts presque aussitôt après leur immersion dans l'eau chaude, ou seulement trois ou quatre jours après, sans présenter des bactéridies. Deux ont résisté complètement. On voit que, chez la grenouille ainsi que dans les autres espèces animales, il existe des variations individuelles.

Nous possédons de nombreuses préparations de sang de grenouille et des coupes du foie où les bactéridies abondent. Elles sont remarquables par leur longueur, infiniment plus considérables que celles des cobayes qui nous ont servi à contrôler la nature des bâtonnets de la grenouille. Une goutte de sang prise dans le cœur de cette dernière et inoculée à un cobaye le tuait dans les quarante-huit-heures.

On peut attribuer la longueur des bactéridies charbonneuses de la grenouille à la lenteur de la circulation chez ce batracien. Le cours du sang, plus rapide chez les animaux à sang chaud, brise les bâtonnets ou bien empêche leur long développement.

Quelques faits secondaires, mais importants néanmoins, méritent d'être notés au cours de cette expérience ; nous les résumons brièvement.

1° Nous avons remarqué que les grenouilles où s'est développé le charbon jeûnaient depuis un temps plus ou moins long. Les grenouilles vigoureuses, nouvellement capturées, ont résisté ou sont mortes au bout de quelques jours, sans bactéridies et sans augmentation de volume du foie ;

2° Les grenouilles que l'on plonge, sans transition, de l'eau froide dans l'eau chaude, aussitôt après l'inoculation, succombent plutôt au charbon que celles acclimatées tout d'abord ;

3° Enfin, un fait curieux, qui n'est peut-être qu'une simple coïncidence, c'est qu'aucune des grenouilles inoculées jadis *à froid* n'est morte à la suite d'une deuxième inoculation dans l'eau chaude. Doit-on considérer là un phénomène de vaccination ?

Nous nous proposons d'examiner à nouveau ces différents points.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de faire remarquer l'importance des expériences de M. Pasteur sur la poule et des nôtres, que nous venons d'exposer ; on peut conclure, d'après leurs résultats, que pour faire contracter une maladie infectieuse à un animal physiologiquement réfractaire, on doit rechercher, avant toute chose, les conditions pouvant conférer l'aptitude morbide à l'organisme sur lequel on expérimente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend : 1° deux lettres de MM. Cadet-Gassicourt et Bouchard, candidats dans la section de pathologie médicale ; 2° un pli cacheté déposé par M. le docteur Giraud ; 3° une note de M. le docteur Husson (de Tours) sur les propriétés hygiéniques de quelques conserves alimentaires ; 4° une note de M. Thorel sur les altérations du chloroforme.

— Traitement de la rage par la pilocarpine — M. Bouley lit son rapport sur le mémoire de M. Denis-Dumont. (Voir *Premier-Paris*.)

Il conclut : En admettant que M. Denis-Dumont n'ait eu affaire qu'à une rage imaginaire, cette rage était d'une extrême gravité et elle a guéri. Rien qu'à ce titre l'observation mérite d'être prise en considération. Comme elle est très bien faite et qu'elle porte avec elle d'utiles enseignements, la Commission propose, en conséquence, de la renvoyer au Comité de publication pour être insérée, s'il y a lieu dans les *Mémoires de l'Académie*, et de remercier M. Denis-Dumont. (Adopté.)

— M. Dujardin-Beaumetz fait connaître, à ce propos, les résul-

tats des divers traitements nouveaux qui ont été essayés contre la rage dans le courant de l'année dernière.

Sur un nombre total de 23 enragés, 6 ont été traités par la pilocarpine sans aucun résultat favorable. Il a même semblé que les symptômes s'aggravaient sous l'influence de ce remède.

D'autres expériences ont porté sur le principe actif des noix de Cedron. Ces noix appartiennent à deux espèces différentes. Les unes proviennent du *similia cedron*; l'alcaloïde que l'on en extrait se nomme *cedrène*; on l'a administré à un enragé sans avantage. D'autres noix proviennent du *picrolemema valdiviana*. M. Gautier en a extrait la *valdivine* Cet alcaloïde a été employé par M. Nocard, à la dose de 2 à 5 milligrammes en une ou deux injections sous-cutanées. sur deux séries d'animaux : 1o à titre préservatif sur 7 animaux mordus; de ces animaux, un seul a échappé à la maladie; 2o sur les 6 chiens atteints de rage confirmée. Les symptômes de la rage ont aussitôt cessé sur ces chiens. Ils sont restés affaissés, insensibles à toutes les excitations, ne cherchant ni à boire, ni à manger, ni à mordre. Mais la mort n'en est pas moins survenue dans le temps ordinaire. Une expérience a été faite chez l'homme, sans aucun succès.

La pelletiérine, qui produit des effets semblables à ceux du curare, a été, dans un cas, introduite sous forme d'injections sous-cutanées contenant chacune 10 centigrammes de sulfate de pelletiérine; résultat nul.

Le hoang-nan, introduit par M. Lecerteur, et qui provient du *strychnos gauthériana*, a été donné en pilules dans trois cas, y compris celui dont M. Gingeot a rendu compte à la Société médicale des hôpitaux; ce sont encore trois insuccès. M. Beaumetz fait remarquer que la forme pilulaire est très mal choisie dans la rage, car les malades avalent les pilules avec la plus grande difficulté. Au lieu de ces pilules, contenant à la fois de l'alun, du réalgar et de la poudre de hoang-nan, mieux vaudrait faire des injections sous-cutanées d'extrait, si l'on voulait continuer les expériences.

La fausse augusture, qui se rapproche du hoangnan, tant au point de vue botanique, comme l'a prouvé M. Planchon, qu'au point de vue chimique, comme l'a montré M. Galippe (renfermant également égales quantités, ou à peu près, de strychnine et de brucine) a été également employée dans un cas en injections sous-cutanées répétées toutes les demi-heures et renfermant chacune un demi-milligramme de strychnine et autant de brucine. Insuccès.

Enfin M. Dujardin-Beaumetz, ayant appris par M. le docteur Deleveau que les Russes employaient, d'une manière préventive, chez les individus mordus par des chiens enragés, les bains de vapeur et l'ail, a traité ainsi quatre personnes mordues. Il leur a fait prendre trois ou quatre fois par jour des capsules de sulfure d'allyle, de 5 à 10 centigrammes, et jusqu'à présent aucune de ces personnes, qui avaient été mordues à la main, et n'avaient pris aucune précaution, n'a présenté le moindre symptôme de rage, quoique plus d'un an se soit écoulé depuis la morsure.

En terminant, M. Dujardin-Beaum et cite plusieurs cas d'hydrophobie produite par l'imagination frappée et qui n'avaient rien de vraiment rabique. C'est ainsi que M. Decroix, qui, dans le cours de ses expériences, avait avalé un morceau cru de la viande d'un chien atteint de rage, fut pris subitement d'une sensation pénible vers le pharynx et d'une certaine difficulté pour ingurgiter les liquides, après avoir lu que des animaux étaient devenus enragés. Il fallut plusieurs jours pour faire complétement disparaître ces phénomènes dus exclusivement à l'impression morale.

—Élection. — L'Académie procède par la voix du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bourguet (d'Aix); en deuxième ligne, M Védrenne (de Vincennes); en troisième ligne, M. Delore (de Lyon); en quatrième ligne, M. Michel (de Nancy); en cinquième ligne, M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer); en sixième ligne, M. Spillmann (d'Alger).

Sur 64 votants, majorité 33, les voix se répartissent ainsi : M. Bourguet obtient 46 voix, M. Cazin 10, M. Védrenne 3, M. Michel 2, M. Delore 1, M. Spillmann 1; il y a un bulletin blanc.

En conséquence, M. Bourguet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national de l'Académie.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. L. Labbé sur le prix d'Argenteuil.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Polaillon : Rapport sur plusieurs observations de M. Martel (de Saint-Mâlo).

1o Influence du traumatisme sur le développement de la folie; gangrène consécutive à un phlegmon diffus de la main, ayant occasionné un accès de manie aiguë.

2o Rupture de la vésicule biliaire, consécutive à une chute; mort par péritonite aiguë; pas de contusion de la paroi abdominale et aucune lésion du foie.

3o Variété très rare de cancer du sein. L'examen microscopique fait par M. Cornil a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé de la paroi d'un conduit galactophore; ce néoplasme a soulevé le mamelon et formé en ce point une tumeur limitée.

Etude sur les caractères et la nature de l'arthrite fongueuse. — M. Lannelongue commence sur ce sujet une intéressante communication, qui sera continuée dans la prochaine séance. Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur admet deux variétés de fongosités : les unes tuberculeuses, qui contiennent un agent spécifique qui est le nodule ou la nodosité tuberculeuse; ce nodule agit comme corps irritant et comme agent infectieux pouvant envahir peu à peu les parties voisines et l'économie toute entière.

La seconde variété de fongosités sont les fongosités simples qui apparaissent dans un grand nombre d'affections : les arthrites traumatiques suppurées, les ostéites, l'ostéomyélite, les arthrites dépendant d'une affection générale telle que la fièvre puerpérale, la morve, la syphilis, la variole, la blennorrhagie, etc. Il peut y avoir à la suite de ces différentes affections arthrite fongueuse, mais la manifestation locale est inflammatoire et les fongosités sont simples et non spécifiques; néanmoins elles peuvent arriver à la destruction des cartilages.

Quant aux fongosités tuberculeuses, M. Lannelongue donne le résultat de trente-huit autopsies de tuberculose articulaire ou osseuse, et dans tous les cas il existait des lésions tuberculeuses des différents viscères; quant aux lésions des os, elle siégeait surtout dans les épiphyses; les cartilages sont ulcérés ou détruits et les extrémités osseuses sont couvertes de fongosités; les synoviales sont envahies par un tissu fongueux en plus ou moins grande abondance et leur face interne est couverte de tubercules miliaires; il se forme des abcès par congestion dont la paroi peut être considérée comme une extension de la synoviale.

Dans la prochaine séance, M. Lannelongue fera un exposé synthétique de la question.

Tuberculose primitive de l'iris. — M. Poncet (de Cluny) fait une communication sur un cas rare de tuberculose de l'iris. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui ne présentait aucun antécédent héréditaire et qui n'avait jamais été malade. Dans l'espace de deux mois, le malade perdit la vue en même temps qu'il se formait une masse bourgeonnante au niveau de l'iris. Les douleurs étaient très vives et l'on fit l'énucléation. La pièce, examinée par M. Poncet, a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme tubercu-

leux occupant toute la chambre antérieure et ayant un point de départ dans l'iris ; en effet, la choroïde était parfaitement saine et on ne peut donc admettre une choroïdite tuberculeuse. Il s'agit donc bien d'une tuberculose primitive de l'iris, fait très rare dans tous les tissus de l'œil.

Dans ce cas, le meilleur traitement est de pratiquer l'énucléation, qui pourra éviter la généralisation de la tuberculose.

M. Trélat : Déjà, devant la Société, j'ai agité cette question de l'intervention chirurgicale, et je crois que l'énucléation doit être faite assez vite lorsque les tubercules ont donné lieu à des accidents inflammatoires.

M. Le Fort communique un cas de pseudarthrose guérie par l'électrolyse. Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, qui avait eu une fracture de l'avant-bras avec plaie ; l'immobilité n'avait pu être maintenue à cause de la plaie, et il en était résulté une pseudarthrose au niveau du cubitus. C'est six mois après l'accident que M. Le Fort employa l'électrolyse ; il enfonça des aiguilles entre les fragments et on fit passer un courant assez fort pendant cinq ou six minutes, puis on fit l'immobilisation.

Vingt-cinq jours après, la consolidation était complète et s'est maintenue depuis. C'est là un procédé facile, sans aucun danger, et qui peut donner de très bons résultats dans les cas de pseudarthrose.

M. Richelot fait une communication sur un procédé nouveau pour guérir les fistules salivaires du canal do Sténon. Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport dont il fera le sujet.

Dr Henri Bastard.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et maladies des paysans. — Etude de la vie matérielle des campagnards en Europe, par Alexandre Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux. — 1 vol. in-12, xvii, 570 pages. — Paris, G. Masson, 1882.

Hâtons-nous de nous occuper des paysans pendant qu'il y en a encore. Ce sont eux, au fond, qui alimentent le mouvement démographique des grandes villes et bien d'autres choses, et, quand il n'y en aura plus, les citadins seront bien malades.

Il existe beaucoup de livres consacrés à l'hygiène industrielle, à l'hygiène militaire ou navale, et ce n'est que justice. Les gros traités envisagent à peu près uniquement l'hygiène des villes, et ce qu'on appelle l'*hygiène publique* est surtout un ensemble de dispositions administratives à l'usage des cités. Les travaux spéciaux en vue des paysans, on les compte ; les institutions qui répondent à leur situation et à leurs besoins particuliers, on les cherche. Il paraît que ç'a toujours été comme cela. M. Dechambre, qui a ajouté au présent livre le charme d'une préface de sa main, nous apprend que les paysans des grands siècles de Rome occupaient aussi peu qu'aujourd'hui les administrations et les savants, en ce qui concerne l'hygiène (Oh ! certes), et que les écrivains de l'agriculture de ce temps-là ont laissé de remarquables instructions sur la manière d'entretenir la santé des vaches, mais rien sur celle des métayers.

Les moralistes modernes ont daigné traiter les paysans d'« animaux farouches, » et prendre nos « bons villageois » pour sujet de comédie. Cela conduit à l'Académie française, mais à rien de plus. Il est probable qu'on peut faire mieux sans avoir tant d'esprit ; quand on ne ferait que répandre, chez ces « animaux », l'instruction, source de la morale et qui crée l'intelligence du bien-être.

Les sociétés civilisées commencent à le comprendre ainsi, et c'est pour cela qu'il devient opportun d'étudier les conditions sanitaires dans lesquelles vivent les campagnards et de préparer les conseils qu'on pourra désormais leur faire entendre, les institutions qui leur seront applicables. Dans le pays des agronomes égoïstes d'antrefois et où la situation des « *contadini* » est encore si dure, en Italie, le *Conseil provincial* de Turin porta devant le troisième Congrès international d'hygiène (1880) la question de « l'Hygiène des populations des campagnes. » M. Layet, préparé à des études de ce genre par son remarquable article Hygiène rurale du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, fit sienne cette intéressante question. C'est ce qui nous a valu le volume actuel, où la physionomie de l'hygiène des paysans a pris naturellement plus d'ampleur et, en raison de l'origine de ce travail, le « caractère d'internationalité » qui était dans les intentions du Conseil provincial de Turin.

L'auteur, qui, plus que personne, a des idées très nettes en ce qui concerne la distribution des matières de l'enseignement de l'hygiène, a suivi un plan parfaitement dessiné et qui échappe à tout embarras. Il a étudié, en restant dans la spécialité qu'il adopte pour le moment, les caractères de chacun des objets de l'hygiène générale : le *milieu*, le *support*, l'*abri*, le *régime alimentaire*, les *boissons*, le *vêtement*, les *travaux ;* puis, dans quelques chapitres que le sujet imposait, il a mis en relief les conditions qui caractérisent : le *paysan enfant*, le *mouvement démographique* et l'*état moral* des paysans, la *pathologie rurale ;* un fait social de haute importance : la *dépopulation des campagnes* et, enfin, ses vues sur l'*organisation de la médecine publique* à l'usage des campagnards.

Reprendre, à propos de l'atmosphère, du sol, de l'habitation, etc., dans les campagnes, les faits et les doctrines qui constituent l'hygiène générale, était facile à un professeur et c'était bien tentant. Quelques auteurs très recommandables nous ont donné, de la sorte, des hygiènes militaires ou navales, qui intéressent toutes les classes et même les marins et les militaires. M. Layet s'est gardé de cette tentation et de cet écueil. Dans les faits généraux, il rappelle discrètement les plus essentiels, les principes ; la part de beaucoup la plus large est donnée au sujet spécial et exclusif ; c'est vraiment une hygiène d'application, telle qu'elle devait être. Une étude qui ne pouvait se trouver que là, mais qui s'y trouve, très étendue quoique avec une heureuse sobriété de détails, c'est la revue des habitudes de chaque nationalité et même des provinces en ce qui concerne la maison et son entourage, la literie, le vêtement, le régime alimentaire et les boissons. Le professeur n'a rien épargné pour être largement renseigné à ces divers égards et mener à bien son œuvre « internationale ». Les livres et les recueils ne sont pas suffisants en pareille matière, et M. Layet a dû se mettre en relation directe avec des confrères de l'étranger pour avoir des notions précises. L'hygiène, plus peut-être qu'aucune autre branche des sciences médicales, admet cette vaste et bonne solidarité, plus philanthropique encore que scientifique. Nous devrons à ce procédé une mine extrêmement riche de renseignements, sans avoir d'autre peine que celle de nous y présenter.

Une critique ; ce sera la seule. M. Layet manifeste, dans les « citernes à engrais » du nord de la France, une confiance que nous sommes porté à troubler. Les dites citernes *pour-*

raient, théoriquement, rendre à l'atmosphère et au sol les services que l'on dit; mais qu'on veuille bien se rappeler qu'il y a seulement ici une pensée de profit agricole et nullement de propreté. Ce que l'on met dans les citernes, c'est surtout la matière fécale que d'ignobles charriots viennent chercher à la ville; ni celle-ci ni les villages n'en sont plus propres. La fièvre typhoïde malmène énergiquement les communes autour de Lille. L'une des plus éprouvées, dans ces dernières années, a été précisément celle qui passe pour collectionner le plus activement la vidange du chef-lieu et dont, pour cette raison, les voisins ont transformé le nom en un qualificatif..... que Rabelais n'hésitait pas à écrire.

Les chapitres du livre, relatifs à la démographie, à l'état moral, aux causes et aux allures de la dépopulation des campagnes, sont empreints d'un esprit philosophique qui ajoute infiniment de valeur aux chiffres réunis dans ces pages. On a beau dire que les chiffres sont éloquents; il est quelquefois bon d'en traduire le langage au public.

Enfin la section consacrée à la pathologie rurale acquiert un intérêt considérable par la comparaison qui est faite des principales causes de décès à la ville et à la campagne. Il vient pourtant, à la lecture des statistiques et des formules qu'en tire l'auteur, un scrupule qui n'atteint point son mérite. Ce scrupule, le voici. Les localités rurales dans lesquelles il n'y a que de vrais paysans, où tout le monde travaille à l'agriculture et à la viticulture, se font de plus en plus rares; beaucoup de villages sont plus ou moins envahis par la broderie, la dentellerie ou d'autres industries à la portée d'un chacun et praticables à la maison; la culture, dans le village même, en souffre profondément. D'autres fois, la commune rurale n'est qu'un centre industriel moins grand que les autres. N'y a-t-il pas là de quoi altérer les traits de la pathologie rurale et s'agit-il réellement de maladies de paysans? Pour ma part, j'estime que dans ces agglomérations pseudo-rurales les épidémies ont les mêmes chances de s'implanter et de se répandre que dans les villes, et plus de chances d'y être sévères, parce que la défense est moins bien organisée.

M. Layet ne néglige point de rechercher quelle devrait être cette organisation. L'état de choses actuel la rend plus nécessaire que jamais. Nous n'avons plus guère le « *durus arator* », que l'accoutumance et le grand air sauvaient de tant de maux; nous avons des citadins et des demoiselles qui sont logés dans la maison étroite et malpropre du village, au milieu des fumiers.

Voilà donc un livre qui vient à point. Il rapproche, sous les yeux des intéressés et des administrations qui auront à prendre des mesures, les éléments complets du problème sous toutes ses faces. Les préceptes y sont peu nombreux, et ceux qui s'y trouvent se font à peine sentir; l'auteur précise tellement les causes d'insalubrité et leurs conséquences sanitaires que le remède se présente tout seul comme conclusion. D'ailleurs, ces pages sont toutes écrites avec une élégante simplicité, avec une parfaite mesure dans les détails et une sorte de soin à dissimuler un fond scientifique très réel, qui en rendront la lecture facile aux véritables destinataires du livre, c'est-à-dire à toute personne chargée d'instruire et de diriger les paysans, voire aux paysans eux-mêmes..... quand ils sauront lire. Ce travail continue brillamment la série des efforts par lesquels le zèle professeur de Bordeaux s'est fait connaître aux hygiénistes. Il est à la hauteur du sujet autant qu'à celle du caractère et de l'enseignement de notre sympathique collègue.

J. Arnould.

HYDROLOGIE MÉDICALE

L'eau de Renlaigue

Renlaigue, qui signifie, dans l'ancienne langue romane de l'Auvergne, le rocher qui rend l'eau (*renn l'aiguo, reddit aquam*), est une source qui coule dans la commune de Saint-Diery, de l'arrondissement d'Issoire, située dans une des vallées qui descendent des massifs des Monts Dore vers l'Allier.

Connue fort anciennement, puis tombée dans l'oubli et employée seulement par les gens des environs qui appréciaient fort, cependant, ses qualités agréables non moins que ses propriétés curatives, l'eau de Renlaigue voit sa vogue grandir sans cesse depuis 1872, — époque où elle fut approuvée par l'Académie de médecine sur un rapport de M. Mialhe fait au nom d'une commission composée de MM. Poggiale, Gubler, Ossian Henry, de Kergaradeck et Hérard, — et le jour est proche où cette eau transportée prendra un rang parmi les premières et les plus appréciées des médecins et du public.

Ce pronostic est pleinement justifié par l'exposé succint de sa composition, de son action physiologique et de ses indications thérapeutiques.

L'eau de Renlaigue jaillit d'un terrain basaltique et granitique, à une température variant de 12 à 15°, avec un abondant dégagement d'acide carbonique. La source donne par minute 80 litres d'une eau parfaitement claire et limpide, fortement chargée d'acide carbonique, d'un goût frais et piquant, très agréable. Mélangée au vin, elle n'en altère pas la couleur et en relève au contraire les qualités par son principe gazeux et acidule.

Analysée une première fois en 1869 par M. Marchand, elle l'a été une seconde fois officiellement en 1872 par son collègue M. Bouis, professeur à l'Ecole de pharmacie, essayeur à la Monnaie et membre de l'Académie de médecine. De ces analyses, il résulte que l'eau de Renlaigue contient par litre :

Gaz acide carbonique	3.352
Bicarbonate de soude	0.417
— de magnésie	0.247
— de chaux	0.216
— de fer	0.081
Chlorure de sodium et de potassium.	0.431
Sulfate de soude	0.024
Silice	0.060
Alumine..........................	0.012
Matières organiques..............	traces

soit : 3 grammes 352 centigr. de gaz acide carbonique, près de 42 centigr. de bicarbonate de soude, environ 25 centigr. de bicarbonate de magnésie; plus de 8 centigr. de fer et 6 centigr. de silice.

Cette eau est donc gazeuse, alcaline, bicarbonatée, ferrugineuse et « rentre, comme l'écrivait le professeur Gubler, dans la catégorie de ces eaux martiales complexes, éminemment reconstituantes, douées tout à la fois d'une forte proportion de fer carbonaté et de carbonate de chaux et d'une notable quantité de soude, de chlorure de sodium et de potassium » auxquelles l'éminent thérapeutiste donnait la préférence parmi les eaux ferrugineuses gazeuses, parce qu'elles « joignent à ces deux principes les sels neutres du sérum sanguin. »

L'eau de Renlaigue peut soutenir avec tout avantage la comparaison avec les eaux analogues de Spa, Spyrmont, Schwalbach, Orezza, Bussang, Vals (Saint-Jean), etc. Plus chargée que toutes celles-ci en acide carbonique, venant immédiatement après Orezza, et avant le Pouhon de Spa comme richesse en fer, elle est plus alcaline que le Pouhon de Spa qui l'est à peine, et Orezza

qui ne l'est pas du tout. Un coup d'œil jeté sur le tableau suivant rendra plus facile et plus nette la comparaison :

Sources	Gaz acide carbonique	Bicarbonate de soude	Bicarbonate de fer	Chlorures de sod. et potass.	Silice
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
Renlaigue...	3.352	0.417	0.081	0.431	0.060
Spa (Pouhon).	2.140	0.126	0.071	0.025	0.062
Pyrmont....	2.391	»	0.077	0.158	0.032
Schwalbach..	1.741	0.245	0.057	0.008	0 046
Orezza......	2.460	»	0.128	0.014	0.004
Bussang.. ..	0.410	0.789	0.017	0.078	0.080
Vals (St-Jean)	1.425	1.480	0.006	0.060	0.080

Règle générale, c'est moins d'après la quantité de fer à la source que d'après le fer qu'elle conserve après avoir été transportée, qu'une eau ferrugineuse doit être jugée. Or, l'eau de Renlaigue transportée contient par litre un peu plus de 8 centigr. de fer en parfaite dissolution, et on n'en trouvera aucune parcelle de déposée sur les parois des bouteilles, comme cela arrive pour la plupart des eaux ferrugineuses. Cela tient à ce que le fer y est combiné avec l'acide carbonique, ce qui n'existerait pas si Renlaigue ne contenait pas un excès d'acide carbonique. Cela tient encore à ce que les bicarbonates à bases sodiques sont plus fixes que les bicarbonates à bases calciques.

L'acide carbonique, nutre qu'il tient le fer en dissolution dans l'eau, conserve celle-ci. De plus, comme l'a si justement écrit Pétrequin dans son *Traité des Eaux minérales*, « il enlève aux eaux la saveur saline, alcaline ou martiale qu'elles auraient sans lui ; il leur transmet un goût agréable qui plaît et les fait rechercher, même pour l'usage de la table. »

On sait que les matières organiques contenues dans les eaux minérales en amènent la décomposition et provoquant la décomposition des sels de fer. Renlaigue en a de simples traces et, de plus, elle contient par litre 6 centigr. de silice. Or, nous savons tous, depuis les travaux de Rabuteau et Papillon, confirmés par Picot et Dumas, que la silice occupe le premier rang des substances antiputrides et antifermentescibles.

Donc, sécurité absolue au point de vue de la conservation de l'eau de Renlaigue transportée qui ne subit aucune décomposition, ne donne aucun dépôt et dans laquelle, ainsi que l'a dit M. Mialhe dans son rapport, « le fer se maintient facilement en dissolution. »

Nous ne ferons pas à nos confrères l'injure de nous étendre sur les effets physiologiques, connus de tous, des principaux agents minéralisateurs de l'eau de Renlaigue.

Barthez a dit du fer, avec raison, « qu'il engendre une pléthore relative en régénérant les parties rouges du sang, » et Trousseau, encore plus aphoristique, a écrit : « Le fer est le réparateur du sang. » Ce que le jeune professeur de thérapeutique Hayem a démontré expérimentalement dans son étude sur la médication ferrugineuse. Cette action tonique et réparatrice du fer est fortement secondée par l'acide carbonique dont l'excès fait qu'il est mieux supporté, même par les personnes qui, auparavant, ne pouvaient tolérer aucune préparation pharmaceutique ferrugineuse.

L'acide carbonique est aujourd'hui reconnu comme excitateur des mouvements péristaltiques de l'estomac et des intestins, et l'éminent hydrologue Durand-Fardel avait raison de dire, il y a quelques mois, à la Société française d'hygiène : « Le gaz acide carbonique est eupeptique et stimulent de l'activité digestive. Il procure en même temps une sensation de rafraîchissement qui domine la soif, et il fournit ainsi des boissons particulièrement agréables et salutaires dans les saisons chaudes. »

Quant aux alcalins, Claude Bernard et Blondelot ont démontré qu'ils activent les sécrétions gastrique et rénale, mais à la condition d'être pris à faibles doses, car alors, ainsi, que l'a dit Rabuteau « ces alcalins se transforment en chlorure au contact de l'acide chlorhydrique du suc gastrique et augmentent la sécrétion de ce liquide », tandis que d'après les expériences de Charles Richet, pris à hautes doses les alcalins, au lieu d'augmenter l'acidité du suc gastrique, l'atténuent au contraire.

D'après ce qui précède, il est aisé de reconnaître que l'eau de Renlaigue agit de la façon la plus efficace : 1° Dans les affections caractérisées par une faiblesse générale de l'organisme, suite d'altération ou d'insuffisance de l'hématose (anémie, chlorose, aménorrhée, dysménorrhée, leucorrhée, grossesse, convalescence des maladies aiguës, etc.) ; 2° dans les affections du tube digestif, résultant soit d'un vice de sécrétion des muqueuses de l'estomac, soit d'une diminution des mouvements péristaltiques de cet organe, soit d'une hyperesthésie stomacale (anorexie, appétit capricieux, digestions lentes et douloureuses, dyspepsies, pyrosis, gastralgie, entéralgie, constipation habituelle, catarrhes gastriques et intestinaux, etc.).

Enfin, l'eau de Renlaigue exerce aussi une action manifeste sur les urines des dyspeptiques et des gastralgiques qui offrent toujours soit un excès de phosphate ou de mucus, soit un dépôt urique, et chez lesquels on rencontre souvent de la cystalgie. Enfin, grâce à son action modificatrice des produits de la muqueuse urinaire, nous voyons tous les ans un certain nombre de malades atteints de pyélites simples, blennorrhagiques ou rhumatismales, de catarrhe vésical léger ou de blennorrhées anciennes, retirer de grands avantages de l'usage de l'eau de Renlaigue.

Dr Paul Labarthe.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur Mercier (L.-A.), ancien président de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de 71 ans. Notre regretté confrère était surtout connu par ses nombreux travaux sur les maladies urinaires.

∴

Hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination à une place d'interne aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 3 juillet 1882, à midi. Les candidats ont jusqu'à la veille du concours pour se faire inscrire au secrétariat des hospices de cette ville.

La durée des fonctions est de deux ans. Les internes sont logés, nourris, chauffés et éclairés ; ils reçoivent, de plus, un traitement de 300 francs pour la première année et de 400 francs pour la seconde.

— M. le docteur Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 3 juillet, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— L'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, dans sa séance annuelle du 19 juin, présidée par M. Frédéric Passy, député, membre de l'Institut, a décerné deux médailles de vermeil à MM. les docteurs Barthélemy et Devillez, auteurs d'une étude sur les femmes de brasserie « les inviteuses », publiée par la plupart des organes de la presse médicale au commencement de cette année. L'Association a distribué un certain nombre de médailles d'argent et de bronze pour des travaux contre l'abus du tabac et contre l'abus des alcooliques, adressés par des médecins, des instituteurs, des particuliers, aussi bien que pour de bons exemples donnés par diverses personnes. Le secrétaire général a annoncé que le matin même il avait reçu l'avis de la délivrance d'un don de 5,000 fr., adressé à l'Association par un de ses membres, M. Desrosiers, de Moulins. La séance a été terminée par une partie musicale organisée par M. Gustave Nadaud, avec le concours de M. Pagans et de Mlle Berthe Pasquier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

220. M. Demnler. Étude sur les pneumonies infectieuses. — 221. M. de Vlaccos. Du traitement des hémorrhagies puerpérales. — 222. M. Greffier. Étude sur l'épilepsie partielle. — 223. M. Bovillain. Contribution à l'étude des vices de conformations de l'anus et du rectum. Leur traitement et le procédé opératoire de M. le professeur Rizzoli dans l'anus vulvaire. — 224. M. Lacot y Martinez. Manifestations rhumatismales du tube digestif. — 225. M. Desnos. Etude sur la lithotritie à séances prolongées. — 226. M. Montaigret. Contribution à l'étude de l'épistaxis des varices nasales. — 227. M. Rousseau. — Essai sur la péricardite tuberculeuse. — 228. M. Charron. De la rectotomie linéaire palliative dans le traitement du cancer du rectum. — 229. M. Gauron. De l'emploi des liquides pour franchir les rétrécissements de l'uréthre. — 230. M. Benard. Contribution à l'étude du goître exophthalmique. Pathogénie. Traitement. — 231. M. Clément. Quelques considérations sur les arthrites consécutives aux affections osseuses, inflammations, spontanées et traumatiques. — 232. M. Brulard. Des phlycténes dans les fractures. — 233. M. Jette. Du traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine. — 234. M. Dive. De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité. — 235. M. Dupuy. Des fractus du radius compliquant la luxation du coude en arrière. — 236. M. Dumontier. Contribution à l'étude de l'empoisonnement par l'iode. — 237. M. Groslier. Causes locales d'erreur dans le diagnostic de la péricardite. — 238. M. Simonoff. Contribution à l'étude de la néphrite parenchymateuse de nature rhumatismale. 239. M. Battesti. De la galvano-caustique en chirurgie oculaire. 240. M. Bonnans. Eaux minérales du département de l'Ariège.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 16 JUIN AU JEUDI 22 JUIN 1882.

Fièvre typhoïde 43. — Variole 22. — Rougeole 25. — Scarlatine 0. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 46. — Dysenterie 1. — Erysipèle 8. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 174. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 61 — Malformation et débilité des âges extrêmes 62. — Broncbite aiguë 19. — Pneumonie 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 59. — au sein et mixte 27. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 49. — de l'appareil respiratoire 56. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 34. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1008 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 6 juillet 1882.

Académie de médecine : DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET PHARMACO-THÉRAPIQUES DES PRÉPARATIONS DE MUGUET. — Communication de M. G. SÉE.

Depuis un temps immémorial, le muguet (*convallaria maïalis*) figure en Russie parmi les remèdes populaires qu'on emploie contre diverses névroses et surtout contre l'épilepsie. L'usage médicinal de cette plante si commune étant très répandu dans ce pays, il était tout naturel qu'elle attirât un jour ou l'autre l'attention des médecins russes. C'est ainsi que sous l'inspiration du professeur Bottkin, de Saint-Pétersbourg, des recherches sur les effets physiologiques et pharmacothérapiques de la *convallaria* ont été entreprises successivement par MM. Issajew, Troïtzki, Simanowski, Bogojawlenski (1), qui ont consacré leurs dissertations inaugurales à faire connaître les résultats obtenus dans cette voie. De ces travaux, le dernier cité est le plus complet. Une analyse (1) qui nous est parvenue de ce remarquable mémoire nous apprend, entre autres choses intéressantes, que les effets physiologiques de la *convallaria* se manifestent, chez le chien, par un ralentissement du cœur, qui serait la conséquence d'une excitation centrale du nerf vague, et par une élévation de la pression intra-vasculaire. Ce ralentissement fait place à une accélération du pouls lorsque à l'excitation initiale succède la paralysie du pneumo-gastrique; durant cette seconde phase, la pression, loin de diminuer dans les vaisseaux, s'élève encore, et cet effet qui persiste après la section de la moelle et des nerfs vagues est dû à un resserrement des petits vaisseaux, opéré par l'entremise des vaso-moteurs. Quant aux expériences cliniques instituées sur l'homme, avec la *convallaria*, dans des cas de lésions cardiaques avec rupture de la compensation, elles ont donné lieu aux constatations suivantes : les contractions cardiaques gagnaient en énergie et en régularité, et elles diminuaient de nombre. Toujours les urines devenaient plus abondantes. Les hydropisies se dissipaient lorsqu'elles étaient sous la dépendance de la lésion cardiaque ou d'une lésion rénale, mais non quand la cause en était dans une lésion du foie. Toutes les autres manifestations liées à la stase sanguine, le catarrhe bronchique, l'engorgement du foie, la cyanose, les accidents dyspeptiques s'amendaient plus ou moins. Jamais il ne se produisit d'effet cumulatif. En outre, dans deux cas de maladie de Basedow, l'administration quotidienne de soixante gouttes de teinture de *convallaria* (en trois prises) fit cesser l'accélération du pouls, qui constitue un des trois symptômes cardinaux de cette curieuse maladie.

(1) M. Bogojawlenski. « De l'influence pharmacologique et clinique des fleurs du muguet sur le cœur. » *Dissertation inaugurale.* St-Pétersbourg, 1881 (102 pages, en langue russe.)

(1) DEUT. MEDICIN. WOCHENSCHRIFT, numéro 44, p. 599, 29 octobre 1881.

FEUILLETON

Chronique de l'Étranger

SOMMAIRE. — ANGLETERRE. — Club des étudiants à Londres. — Modifications à la loi médicale anglaise (Medical Act). — 50e congrès de l'Association médicale britannique. — Infirmerie royale de Manchester. — ESPAGNE. — Loi sur la santé publique. — Nouvelle Société d'hygiène à Madrid. — AMÉRIQUE. — Un nouveau collège de médecine.

— Un meeting des élèves en médecine des divers hôpitaux de Londres a eu lieu à l'hôtel Anderton le 3 courant, et la fondation d'un club spécial aux étudiants a été décidée.

Nous recommandons aux initiateurs la *Maison des étudiants* de Copenhague, établissement où nous avons été cordialement reçu jadis et qui nous a paru un bon modèle à suivre, destiné surtout aux élèves isolés sans famille dans le pays.

— Nous avons déjà eu l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les modifications réclamées de toutes parts en Angleterre à la loi médicale anglaise (Medical Act). Le rapport de la Commission royale nommée à cet effet vient d'être rédigé. Il donne satisfaction sur les deux réformes les plus généralement réclamées par nos confrères d'outre-Manche. C'est-à-dire pour le premier point que le corps médical serait directement représenté au Conseil général par des membres élus. Le Conseil serait formé ainsi : six membres nommés par la couronne directement, huit par les Universités et corporations reconnues, quatre par les médecins. Le second point sur lequel on s'est mis d'accord est l'examen unique exigé pour le droit de pratique et afférent à un premier grade, toute liberté étant laissée aux corporations légales pour continuer à décerner d'autres grades et titres auxquels seraient attachés les privilèges divers, de professeurs par exemple, les emplois administratifs, etc., grades supérieurs, conférés à la suite d'examens

M. G. Sée a fait contrôler par son chef de laboratoire, M. Bochefontaine, les assertions des expérimentateurs russes relatives aux effets physiologiques de la *convallaria*, et les résultats obtenus au laboratoire de l'Hôtel-Dieu concordent en en tous points avec ceux qui viennent d'être mentionnés. M. G. Sée a fait plus. Il a étudié l'action thérapeutique des préparations de muguet sur vingt malades dont les observations ont été relevées avec le plus grand soin et avec le secours de tous les moyens d'investigation que la science moderne met à la disposition de la clinique. Dans son intéressante communication à l'Académie, il a fait part à ses collègues des résultats de ses observations, qui ont été négatifs chez trois malades; chez les dix-sept autres, les effets observés ont été tels que les avait décrits déjà M. Bogojawlenski. M. G. Sée les a résumés dans ces quelques mots: L'action du médicament est aussi puissante et plus prompte à se manifester que celle de la digitale. Elle consiste dans l'augmentation d'énergie, dans le ralentissement et la régularisation des battements du cœur, avec augmentation de la pression intra-vasculaire. Le médicament, a ajouté M. G. Sée, agit favorablement sur la respiration. Il n'a pas les inconvénients de la digitale, en ce sens qu'il ne produit pas d'effets cumulatifs et que, loin de déranger les fonctions digestives, il stimule l'appétit.

On voit que l'accord est parfait entre les résultats obtenus par les expérimentateurs russes et français. Ajoutons, pour éviter toute confusion, que M. G. Sée a jugé utile de donner à la *convallamarine*, un des principes actifs du muguet et le seul qui se prête aux applications thérapeutiques, le nom de *maïaline*, mot qui, pour les personnes affectées ou menacées de dysarthrie, a l'avantage incontestable d'être plus facile à prononcer.

E. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

Note sur le manuel opératoire de l'ovariotomie.

Dans les premiers temps où se pratique une nouvelle opération d'une certaine importance, l'incertitude de la technique opératoire, la crainte d'accidents imprévus, la gravité des dangers immédiats et consécutifs, la confiance donnée par le partage de la responsabilité, entraînent la majorité des chirurgiens à s'entourer d'un luxe inutile et dispendieux d'assistants et à compliquer l'instrumentation. Plus tard, l'éducation se fait, la confiance naît et se gagne de proche et peu à peu les opérations les plus compliquées au début se simplifient de plus en plus, sinon dans leurs actes essentiels, au moins dans leurs détails accessoires et surtout dans le déploiement des forces extérieures figuré par le nombre des aides et l'entassement des instruments. La perfection est atteinte quand une opération importante et difficile est exécutée avec le *minimum* d'aides et d'instruments *utiles*; l'éducation est parfaite quand elle a su restreindre l'assistance et l'instrumentation *au juste nécessaire*.

Nous n'en sommes point encore là, il me semble, pour la pratique de l'ovariotomie, et la comparaison des pratiques voisines m'a poussé à chercher si nous ne pourrions pas en simplifier sinon le manuel, au moins l'appareil opératoire. Tout récemment, dans un voyage à l'étranger, mon ami le docteur Nicaise et moi, nous avons été frappés de la simplicité avec laquelle était pratiquée l'ovariotomie; simplicité qui, bien entendu, n'exclue pas toutes les précautions d'hygiène et d'antiseptie, mais relègue bien des accessoires dont nous ne savons pas encore nous passer. Nous avons, à plusieurs reprises, vu opérer M. Kœberlé, dont personne ne contestera la grande compétence et les brillants résultats opératoires, et c'est de sa pratique surtout que je cherche à m'inspirer pour prêcher une simplicité qui nous fait encore défaut.

Et d'abord, avant d'entrer dans le détail, un mot sur notre propre manière de faire.

Peu de chirurgiens à Paris se passent aujourd'hui de la table-lit spéciale imaginée pour les opérations sur le ventre et le périnée; ce lit, que peu d'hôpitaux possèdent, doit être emprunté à un fabricant d'instruments et transporté d'un quartier de Paris à l'autre ou même plus ou moins loin hors de Paris, en cas d'opérations particulières. Avec la boîte qui le renferme, son poids n'est pas moindre de 45 à 50 kilos. Sa mise en place et en état de service, sans être très compliquée, nécessite une certaine habitude que ne possèdent pas tous les aides; et, si, pour trancher cette question de la difficulté du transport et posséder un appareil à poste fixe, on fait l'emplette de la table-lit, cette dépense ne s'élève pas à moins de 600 francs! dépense considérable, comparée à la rareté relative des opérations qui se font sur cet appareil spécial.

spéciaux que les corporations réglementeraient toujours à leur guise.

— Le cinquantième Congrès annuel de l'Association médicale britannique aura lieu à Worcester du 8 au 11 août prochain et les séances le 14. Le programme n'oublie aucun détail. Nos confrères que ces réunions peuvent intéresser peuvent s'adresser dès aujourd'hui au secrétaire-général, M. Francis Fowke, à Londres.

— Un nouvel amphithéâtre pour les autopsies et l'enseignement de l'anatomie pathologique vient d'être décidé à l'infirmerie royale de Manchester, mais les gouverneurs de cette institution n'ayant pas cru devoir fournir les fonds nécessaires, les médecins professeurs et chefs de service se sont cotisés et ont ouvert une souscription afin de trouver la somme demandée par l'architecte; ils la trouveront. Heureux pays! Il n'en est point ainsi partout, et je sais quelque part une Académie de médecine, le premier établissement d'un grand pays, qui attend depuis soixante ans le logement qu'on lui promet.

— Une nouvelle Société d'hygiène vient d'être fondée à Madrid. Le roi et plusieurs ministres ont inauguré la nouvelle Société, et le premier numéro d'un journal spécial, organe de la Société, le *Boletin de Hygiene*, a été distribué.

— Le parlement de Madrid discute en ce moment une loi de santé publique que nous souhaiterions voir soumise à nos législateurs à très peu de modifications près. Nous la donnerons à nos lecteurs lorsqu'elle aura été votée; mais nous relevons de suite qu'il sera créé au ministère de l'intérieur une direction générale spécialement chargée de tout ce qui intéresse la santé publique.

— Un nouveau collège de médecins praticiens vient d'être inauguré à Saint-Louis (Etats-Unis). Son but est de former des praticiens, à l'aide d'une instruction pratique, dans les diverses branches de la médecine et de la chirurgie. Les chaires établies sont au nombre de douze. Le doyen nommé est le docteur Thos. F. Rumbold.

Dr A. Dureau.

Au bagage de la table-lit doit se joindre la boîte contenant le flacon et la pompe pour l'aspiration des liquides du kyste, boîte volumineuse en bois, de 0m,50 à 0m,60 environ de hauteur sur 0m,30 de côté. pesant bien encore avec son contenu de 5 à 7 kilos. Enfin, ajoutons le trocart spécial à aspiration avec son tube de 1m,50 de longueur et les innombrables variétés de pinces, pinces ordinaires, à forci-pressure, pinces à griffes, pinces à mors plats et pleins, pinces à mors plats et fenêtrés, pinces en T droites et courbes, etc., etc., arsenal qu'aucun hôpital ne possède à Paris et que possèdent peut-être seuls quelques chirurgiens spécialistes.

Je sais bien que la vitrine et la complaisance de nos fabricants d'instruments sont inépuisables, que l'une et l'autre sont toujours à la disposition de quiconque y fait appel; mais à Paris, moins que partout ailleurs, rien ne se perd ni ne se donne, et on ne peut pas toujours demander une assistance qui, en fin de compte, doit toujours être nécessairement payée par quelqu'un et dont il faut, par des perfectionnements successifs, arriver à nous passer.

Il en est de même des aides dont le détail nous amène à un total fort respectable, même en laissant de côté l'anesthésiste, aide indispensable à toute opération.

Notre lit spécial avec lequel l'opérateur se place assis entre les cuisses de la malade exige un aide à droite et à gauche de l'opérée, soit deux; un troisième passe les instruments, un quatrième les éponges, et enfin une ou deux infirmières s'occupent de la fourniture et du remplacement de l'eau, des linges, du lavage des bassins, etc. En résumé, au minimum, 4 aides médicaux et 2 auxilaires domestiques, en tout 6 à 7 personnes.

Nous sommes bien loin de la simplicité d'aides et d'instruments de Kœberlé dont je vais maintenant exposer en quelques mots la manière de faire.

Point de table d'opération ni de lit spécial : la malade est couchée dans sa chambre, sur un lit ordinaire, de moyenne largeur, qu'elle occupait avant l'opération et qu'elle occupera jusqu'à la fin de son traitement. Ce lit est roulé au milieu de la pièce, de manière qu'on puisse librement circuler autour de lui dans tous les sens, les pieds tournés vers une fenêtre pour que le jour tombe en plein sur l'abdomen.

La malade a le tronc et la tête légèrement soulevés par des oreillers, les membres inférieurs dans l'extension complète.

Un grand morceau de toile caoutchouquée, échancrée par en haut, recouvre la partie inférieure du ventre, les cuisses et les jambes de la malade; cette toile imperméable, enveloppée de linge, suffit à maintenir sur la partie inférieure de l'opérée une température assez élevée pour qu'on n'ait pas à craindre le refroidissement.

Une seconde toile de même substance est placée sous la malade et s'étend depuis la partie inférieure du tronc jusqu'au dessous des jambes. L'opération terminée, ces deux larges morceaux de caoutchouc sont enlevés, et la malade se retrouve, sans secousses, sans transport, dans son lit propre et chaud qu'elle n'a pas eu l'angoisse de quitter pour être portée sur le petit lit d'opération où les jambes doivent être attachées dans les gouttières et où les bras doivent être maintenus par un ou deux aides si l'on ne veut pas qu'ils débordent le plan étroit de la couche et tombent en dehors pendant le sommeil.

M. Kœberlé se place debout à la droite de son opérée; un aide, à la tête du lit, donne le chloroforme et ne s'occupe absolument que de l'anesthésie; un deuxième aide, placé en face de l'opérateur, à gauche de la malade, le plus important et presque le seul important, suit tous les temps de l'opération, tend la peau au moment de l'incision de la paroi, essuie la région à mesure de l'écoulement du sang ou du liquide du kyste, surveille et empêche l'issue des intestins, soulève la paroi abdominale ou la déprime, tire sur les pinces à kyste pendant l'évacuation du liquide ou le détachement des adhérences, etc. Un troisième aide, placé à la droite de l'opérateur, prend sur une petite table les rares instruments qui y sont préparés et les passe à mesure des besoin, pendant que la religieuse, femme très intelligente et rompue aux habitudes de M. Kœberlé dont elle a vu toutes les opérations, passe les serviettes, prépare les fils, renouvelle l'eau, etc.

A quelques pas en arrière, sur une table, deux cuvettes : l'une contenant de l'eau ordinaire fréquemment changée, l'autre de la solution phéniquée à 5 0/0. Avec une extrême fréquence, l'opérateur plonge ses mains successivement dans les deux cuvettes et les essuie avec un soin extrême avant de les remettre dans le ventre.

En résumé, un seul aide spécial, deux aides de chirurgie générale, pour ainsi dire, l'un préposé au chloroforme, l'autre aux instruments, une religieuse pour les détails accessoires, et c'est tout.

L'instrumentation n'est pas moins simple : M. Kœberlé n'emploie aucune des variétés nombreuses de trocarts spéciaux imaginés pour la ponction du kyste et ne se sert pas de l'aspiration, qui exige un appareil compliqué. Son trocart qu'il a, je crois, fabriqué lui-même, consiste en une volumineuse canule, à extrémité tranchante taillée en biseau, d'un diamètre intérieur d'un centimètre et demi environ, assez volumineux pour donner issue aux liquides les plus épais, et d'une longueur de 0,18 c. à 0,20 c., assez considérable pour aller ponctionner les poches secondaires les plus reculées; tube grossier en apparence, mais d'un maniement facile et avec lequel le temps de la ponction est singulièrement simplifié. Des bassins creux de petite dimension tenus au-dessous de la canule reçoivent le liquide et sont remplacés à mesure qu'ils sont remplis.

Une fois mise en place, la canule-trocart y est laissée jusqu'à ce que l'évacuation successive des diverses poches ait amené une réduction suffisante de la masse: c'est-à-dire que pour vider les poches multiples d'un kyste, M. Kœberlé ne ponctionne pas en divers points de la périphérie de la tumeur. Avec la main gauche introduite dans l'abdomen à la face postérieure de la masse, il soutient celle-ci et la repousse en avant, tâte et apprécie le volume et la consistance des différentes loges, pendant que d'un coup sec la main droite enfonce successivement la pointe de la canule en divers points et vide deux, trois ou quatre poches, jusqu'à réduction suffisante.

Pendant ce temps et à mesure que la tumeur s'affaisse, un aide la saisit à la partie supérieure de plus en plus loin et l'attire à l'extérieur avec des pinces airignes à une seule griffe et ne faisant ainsi qu'un seul trou.

Cette habile manière de faire ne donne lieu, pour ainsi dire, qu'à une seule ouverture communiquant avec l'extérieur et pouvant déverser le liquide kystique dans le péritoine, puisque les autres poches, après l'ablation de la canule, ne peuvent se vider que dans la poche principale primitivement évacuée et n'on pas de trajet direct avec l'extérieur.

Aussi une seule pince ou deux au plus suffisent-elles pour oblitérer l'orifice principal, le seul dont on ait à se préoccuper, et ainsi se trouve supprimée la nécessité des pinces nom-

breuses à kystes, à mors plats et dentelés, fenêtrés ou non, des pinces en T, toutes destinées à oblitérer les déchirures accidentelles de la paroi kystique et les orifices des ponctions multiples.

Aussi aurons-nous terminé l'inventaire des instruments quand nous aurons dit qu'il ne comprend, outre la canule-trocart ci-dessus mentionnée, que des pinces à forci-pressure, 5 à 6 pinces airignes à une seule branche, une longue et forte aiguille droite à large chas pour la suture profonde et des épingles à insectes pour la suture superficielle.

M. Kœberlé n'emploie jamais d'éponges ni pour essuyer les parois abdominales, ni pour faire la toilette du péritoine; le tout se fait avec des serviettes ordinaires qui absorbent très bien les liquides et servent à essuyer en même temps qu'à éponger. Deux piles de serviettes sont à portée de l'opérateur ou celles-ci lui sont directement passées; car, dans une opération même simple, il n'en est pas employé moins de 50 à 60.

Ce détail, minime en apparence, supprime d'abord un aide nécessaire pour le lavage des éponges, exclut la possibilité de l'oubli de l'une de celles-ci dans l'abdomen, et enfin permet de compter sur des pièces parfaitement propres.

Je laisse à dessein de côté toute la question proprement dite du manuel opératoire, l'incision de la paroi, la ligature du pédicule, la toilette du péritoine, les sutures abdominales profonde et superficielle, le pansement, etc. Tous ces détails se trouvent ailleurs et ne rentrent pas dans le plan de cet article.

Je voulais seulement montrer ici avec quelle simplicité de moyens M. Kœberlé est arrivé à exécuter avec succès cette opération importante et compliquée de l'ovariotomie, et tout en tenant compte de l'habileté particulière de l'opérateur en question et des difficultés imprévues inhérentes à chaque cas, insister sur la possibilité de nous rapprocher de cette sobriété dans l'assistance et l'instrumentation.

G. BOUILLY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. UN CAS DE CÉCITÉ A LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DE LA QUININE, par E. GRÜNING (1). — II. UN CAS D'AMAUROSE QUINIQUE, par E. MICHEL (2). — III. DE L'AMAUROSE QUINIQUE, AVEC TROIS OBSERVATIONS, par H. KNAPP (3). — IV. ACTION DE LA QUININE ET DE L'ACIDE SALICYLIQUE SUR L'ORGANE DE L'OUÏE, par KIRCHNER (4). — V. DE L'AMAUROSE CONSÉCUTIVE AUX HÉMORRAGIES, par HIRSCHBERG (5).

A la suite d'un avortement, une femme de trente-cinq ans présenta les signes d'une endométrite et fut traitée par le sulfate de quinine dont elle prit 80 *grains* dans l'espace de trente heures. A ce moment, éclata une attaque convulsive, au sortir de laquelle la femme était entièrement sourde et aveugle. L'ouïe revint dès le lendemain; il n'en fut pas de même de la vue, et voici ce que l'on constatait du côté des yeux : les pupilles étaient dilatées à leur maximum, mais réagissaient encore un peu. Les milieux réfringeants étaient d'une transparence parfaite, la papille d'une grande pâleur. Les vaisseaux du fond de l'œil, artères et veines, étaient tellement rétrécis qu'on avait de la peine à les découvrir. De chaque côté la *macula* était occupée par une tache rouge entourée d'une zone opaque d'un bleu grisâtre. Cette tache avait disparu au bout de dix jours, alors que la rétine et les vaisseaux du fond de l'œil étaient encore dans le même état. Quinze jours plus tard, la malade percevait de nouveau des sensations lumineuses. La vue s'améliora peu à peu, mais il y avait cécité complète des couleurs. Ce n'est que trois mois après le début des accidents, que la perception distincte des objets était rétablie; l'achromatopsie mit trois autres mois à disparaître. Mais il persista un rétrécissement concentrique du champ visuel.

— Le sujet de l'observation de MICHEL est un homme de trente-huit ans, qui, dans le cours d'une pneumonie, absorba 15 grammes de quinine en cinq jours et fut frappé d'une surdité et d'une cécité complètes. La surdité se dissipa en dix jours, mais la vue n'était pas entièrement rétablie au bout d'une année, pendant laquelle le malade fut soumis à un régime fortifiant et à l'usage des toniques. Chez lui également les pupilles étaient fortement dilatées, la papille très pâle et les vaisseaux rétiniens extrêmement rétrécis. Enfin, ces accidents développés par l'incorporation des 15 grammes de quinine eurent encore pour conséquence un rétrécissement concentrique du champ visuel. On ne découvrait pas d'ailleurs d'altérations au fond de l'œil.

— KNAPP a observé trois cas de cécité et de surdité complètes survenues à la suite de l'administration de doses massives de quinine. Ici encore la surdité fut très passagère, l'amaurose très rebelle et les modifications du côté des yeux identiques à celles qui viennent d'être mentionnées : mydriase, pâleur de la papille, rétrécissement des vaisseaux rétiniens. La perception des couleurs mit plus de temps à se rétablir que la perception lumineuse, et comme dernière trace de l'action de la quinine on notait un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Le pronostic de l'amaurose quinique est, selon Knapp relativement favorable. Pour ce qui est du traitement, il devra consister dans l'emploi des toniques et des reconstituants. Le séjour au grand air et la position horizontale paraissent contribuer à hâter la guérison. On a essayé, sans aucun résultat, de combattre ces accidents par les inhalations de nitrite d'amyle (pour obtenir le relâchement paralytique des vaisseaux rétrécis), par la strychnine, par l'électricité, etc.

— KIRCHNER a institué des expériences sur des lapins, des chats, des chiens, des cohayes et des souris, en vue de rechercher par quel mécanisme la quinine et l'acide salicylique engendrent les troubles bien connus, consécutifs à l'administration de ces substances médicamenteuses à doses un peu massives. Il a reconnu que la quinine et l'acide salicylique, incorporés à doses assez fortes, développent dans la cavité du tympan et dans le labyrinthe un état congestif qui peut aboutir à l'hémorragie. Avec Weber-Liel et Rosa, Kirchner incline à mettre ces modifications vasculaires sur le compte d'une paralysie vaso-motrice, qui entraîne une stase avec exsudation

(1) ARCHIV FÜR AUGENHEILKUNDE, t. XI, p. 145.
(2) *Ibidem*, p. 151.
(3) *Ibidem*, p. 156.
(4) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., n° 49, 1881.
(5) ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. IV, p. 216, 1882.

des éléments du sang dans les différents tissus de l'appareil auditif.

— A la suite d'une abondante gastrorrhagie, un homme de 52 ans présenta du côté des yeux les troubles que voici : à gauche, la papille était un peu trouble et décolorée ; à droite, on notait les signes d'une névrite optique qui fit des progrès très marqués dans l'espace de huit jours, et qui gagna ensuite le côté gauche; acuité visuelle, à droite 0, à gauche 1/4. Au trente-sixième jour, on notait à droite les signes d'une atrophie papillaire avec artères rétiniennes considérablement rétrécies et amaurose ; à gauche, acuité visuelle 1/4, aspect du fond de l'œil, normal.

Au bout de trois ans et demi, le malade eut une nouvelle hématémèse qui l'emporta. A l'autopsie on trouva un cancer ulcéré de l'estomac, et une atrophie complète du nerf optique du côté droit, qui ne laissaient plus voir de traces des fibres nerveuses étouffées par une néoplasie conjonctive. La gaine du nerf était à peine épaissie. La papille du côté gauche présentait les traces manifestes d'une inflammation antérieure. Sur des coupes transversales du nerf optique gauche, on trouvait à ce cordon une structure à peu près normale, sauf dans une zone périphérique comprenant 1/8e environ de l'épaisseur du nerf ; mais dans le voisinage du globe de l'œil, cette zone gagnait en importance sur des coupes antéro-postérieures de la papille, on reconnaissait l'existence d'une prolifération de tissu conjonctif riche en noyaux.

Hirschberg fait remarquer que cette observation est la première où, à la suite de troubles visuels consécutifs à des hémorragies, on ait eu l'occasion de soumettre l'appareil visuel à un examen histologique.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juin 1882. — Présidence de M. JAMIN.

CHIMIE ORGANIQUE. — SUR LE MÉCANISME DE LA FERMENTATION PUTRIDE ET SUR LES ALCALOÏDES QUI EN RÉSULTENT. Note de MM. A. GAUTIER et A. ETARD, présentée par M. Wurtz.

Nous avons vu (*Comptes rendus*, t. XCIV, p. 1357) que, dès que s'établit franchement la fermentation putride des albuminoïdes, la réaction devient alcaline, l'hydrogène disparaît et il se fait un dégagement d'abord rapide, puis lent, d'acide carbonique mêlé seulement d'un peu d'azote et de traces d'hydrogène sulfuré et phosphoré. En même temps nous avons constaté dans les liquides l'ammoniaque avec un peu de triméthylamine; les acides des séries grasse, bibasique et lactique, ainsi qu'une petite quantité d'acide oxalique, de tyrosine, phénol, scatol, indol, guanidine, xanthine et d'alcalis organiques. Tous ces produits, en partie déjà vus, sont accompagnés au début d'une masse de glucoprotéines et de substance protéique soluble qui ne disparaissent que lentement. Tel est le phénomène dans son ensemble, avec toute son apparente complexité. Une seule considération toutefois suffit à l'expliquer jusque dans ses détails : la fermentation putride dissèque la molécule albuminoïde *en procédant par simple hydratation*, et mettant ainsi en évidence les noyaux multiples entrant dans la constitution de la molécule protéique complexe qui se désagrège.

Comme dans l'hydratation des albuminoïdes par la baryte, si bien étudiée par M. Schützenberger, dès le début de la putréfaction, production facile et rapide d'ammoniaque et d'acide carbonique, accompagnés dans ce cas d'acide formique, acétique, butyrique et succinique, ces deux derniers très abondants ; apparition corrélative de quantités relativement considérables d'hémiprotéines et de glucoprotéines, d'abord incristallisables et complexes, puis de leucines, d'un peu de tyrosine et des autres corps aromatiques ci-dessus indiqués. La molécule albuminoïde se dédouble donc, sous l'influence des bactéries, comme sous celle de l'eau aidée de la chaleur et des alcalis, en deux parties principales : l'une (A) relativement résistante, celle qui forme ce noyau auquel M. Schützenberger donne la formule générale $C^nH^{2n-4}Az^2O^2$, d'où dérivent les glucoprotéines et plus tard les leucines; l'autre (B) instable qui se dédouble dès les premiers jours : 1° en ammoniaque et acide carbonique, comme le ferait le nitrite uréique CH^2Az^2 :

$$CH^2Az^2 + 2H^2O = CO^2 + 2\,AzH^2 ;$$

2° en ammoniaque, acides carbonique, formique, acétique et oxalique, comme le ferait le nitrile $C^4H^4Az^2O^2$,

$$C^4H^4Az^2O^2 + 4H^2O = C^2H^2O^4 + C^2H^4O^2 + 2AzH^3,$$
$$C^4H^4Az^2O^2 + 4H^2O = C^2H^4O^2 \,.\, CH^2O^2 + CO^2 + 2AzH^3.$$

La fermentation putride à l'abri de l'air est donc un mode puissant de dédoublement des albuminoïdes par hydratation, observation qui avait du reste déjà frappé Nencki. Mais, tandis que la baryte hydratée est inapte, même à 250°, à hydrater les amides formés : leucines, leucéines, etc., celles-ci s'hydratent ici à leur tour, d'après nos expériences, lentement transformées par les bactéries en sels ammoniacaux :

$$C^6H^{13}AzO^2 + H^2O = C^6H^{12}O^3 + AzH^3,$$
$$C^6H^{12}Az^2O^4 + 2\,H^2O = C^4H^6O^4 + C^2H^4O^2 + 2AzH^3,$$

et par l'hydratation d'un corps bien cristallisé, $C^{11}H^{26}Az^2O^6$, qui se produit abondamment dans la putréfaction de la chair de poisson :

$$C^{11}H^{26}Az^2O^6 = C^4H^6O^2 + C^6H^{12}O^2 + CO^2 + 2AzH^3.$$

Au bout de huit mois, nous n'avons plus trouvé que la cinquième partie de l'azote à l'état d'amides leuciques : le reste s'était hydraté suivant les réactions ci-dessus traduites. On peut, par l'éther, extraire en abondance l'acide succinique et ces divers acides de la liqueur putride acidulée par SO^4H^2.

La putréfaction étant essentiellement un processus énergique d'hydratation des albuminoïdes, il faut que les corps aromatiques observés et les bases dont nous allons parler (autant de corps qui ne pourraient dériver des précédents que par *déshydratation*) préexistent, à l'état de noyaux, dans la molécule albuminoïde.

Le mode d'extraction de ces corps basiques importants nous a longtemps retenus. Après bien des tâtonnements, dont quelques-uns ont été exposés au Dictionnaire de Wurtz (article *Putréfaction*), nous nous sommes arrêtés au procédé suivant :

Les produits liquides de la fermentation du scombre séparés des huiles, acidulés d'acide sulfurique, ont été évaporés dans le vide ; les acides volatils, l'indol, le phénol, etc., s'échappent. Le résidu, alcalinisé par la baryte, est filtré, puis agité avec le chloroforme qui dissout les bases. Pour les extraire, les produits de la distillation du chloroforme sont fractionnés et traités par une solution d'acide tartrique, qui laisse une résine brune se rattachant à nos bases. Les solutions tartriques sursaturées de potasse dégagent une vive odeur de carbylamines, et mettent en liberté les bases huileuses qui surnagent. Elles sont enlevées par l'éther et séchées dans le vide.

Elles ont présenté tous les caractères de celles déjà entrevues par Selmi, ses élèves et nous-mêmes. Ce sont des liquides huileux, incolores, bleuissant le tournesol, saturant les acides forts, donnant avec les acides nitrique, chlorhydrique, le ferricyanure de potassium et les sels ferriques, les réactions des ptomaïnes; précipitant par le brome, l'inde, les phosphomolybdates, etc. Elles se résinifient assez rapidement ; leurs chlorhydrates bien cristallisés en feuilles de fougères et en cristaux de neige sont neutres; leurs

chloroplatinates sont peu solubles et cristallins. L'odeur de ces alcaloïdes est faible, mais tenace, et rappelle l'aubépine, l'hydrocollidine et une amylamine que nous avons obtenue de la distillation du corps cristallisé ci-dessus, répondant à la formule $C^{11}H^{26}Az^{2}O^{6}$, l'un des produits principaux de la putréfaction de la chair de poisson, corps qui revient à une glucoprotéine $+ 2H^{2}O$.

La base provenant des premiers extraits chloroformiques répond à la formule d'une parvoline $C^{9}H^{13}Az$. Nous avons trouvé, pour son chloroplatinate, C=31,8; H=4,0 Az=5,1; Pt=29,3. La théorie, pour le chloroplatinate $(C^{9}H^{13}Az,HCl)^{2}PtCl^{4}$, veut : C=31,8; H=4,1; Az=4,1; Pt=28,5. Le chloroplatinate devient rapidement rose à l'air.

L'alcaloïde provenant des derniers extraits chloroformiques fractionnés bout vers 210°. Sa densité à 0° est de 1,0296. Il donne un chlorhydrate en fines aiguilles, amer. Son chloroplatinate, jaune et pâle, est cristallisé et peu soluble. Il se redissout à chaud et se prend en aiguilles recourbées. Le chloro-aurate est très instable. La base répond à la formule $C^{8}H^{13}Az$. Les analyses du chloroplatinate nous ont donné C=30,1 et 29,9; H=3,8 et 3,7; Az=5,4; Pt=29,1. Le calcul, pour $(C^{8}H^{13}AzHCl)^{2}PtCl^{4}$, exige C=29,3; H=4,2; Az=4,2; Pt=29,7. Ces nombres sont, il est vrai, peu satisfaisants, mais on doit observer que les faibles quantités d'une matière, accompagnée d'ailleurs d'un autre alcaloïde bouillant à une température plus élevée et se décomposant en ammoniaque et produits d'odeur phénolique, ne nous ont pas permis une purification complète. La formule $C^{8}H^{11}Az$ répondrait mieux à nos analyses; mais le point d'ébullition, l'odeur, la viscosité et les propriétés générales rapprochent si complètement cette base de l'hydrocollidine que MM. Cahours et Etard ont dérivée de la nicotine, que nous n'avons pu hésiter sur la composition de notre seconde ptomaïne, d'ailleurs isomérique avec celle de ces derniers auteurs.

D'après les considérations ci-dessus, l'existence de l'indol et des bases pyridiques et hydropyridiques dans les produits dérivés des albuminoïdes par hydratation putréfactive oblige à admettre, pour plusieurs des radicaux de la molécule protéique, les liaisons de l'azote et du carbone qui caractérisent les séries homologues de $C^{5}AzH^{5}$ et $C^{5}AzH^{7}$.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — LE MÉCANISME DE L'ABSORPTION DES VIRUS VARIE-T-IL AVEC LA NATURE DES PLAIES? LA NATURE DES PLAIES INFLUE-T-ELLE SUR L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE? — Note de M. RONET, présentée par M. Bouley.

On sait que M. Davaine, comparant les résultats qu'il a récemment obtenus avec ceux qu'ont autrefois observés MM. Renaud et Colin dans des expériences sur la rapidité d'absorption des virus, attribue une grande influence à la nature des plaies, et qu'il croit que les inoculations à la lancette introduisent le virus dans les vaisseaux et permettent ainsi une absorption rapide par la circulation sanguine, le même effet ne se produisant pas aussi facilement ou aussi généralement lorsque, dans une plaie plus étendue, la plupart des troncs vasculaires sont coupés.

J'ai déjà combattu cette explication de M. Davaine dans ma note du mois de mars. J'ai montré que mes inoculations, pratiquées par piqûre dermique à la lancette, m'avaient donné le même résultat que les siennes, effectuées par dépôt de matière charbonneuse sur de larges plaies par excision.

Une nouvelle expérience, exécutée sous la direction de M. le professeur Chauveau, au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté de Lyon, me permet d'affirmer davantage la propagation par les voies lymphatiques comme mécanisme général d'absorption des virus, quelle que soit la nature de la plaie.

Ayant inoculé de la matière charbonneuse très active au bout de l'oreille à douze lapins, je coupai cet organe après un quart d'heure : chez les quatre premiers (série I), à 0m,01 seulement du point d'inoculation, à 0m,08 chez les quatre suivants (série II) et à la base chez les quatre derniers (série III).

Huit moururent : tous ceux de la série I, trois de la série II et un de la série III.

Chez six lapins, on constata à l'autopsie, à des degrés variés, les lésions suivantes du côté de l'inoculation :

1° De l'œdème, énorme chez les uns, moins marqué chez d'autres, parfois limité à la base de l'oreille ou bien s'étendant à toute la hauteur du cou;

2° La tuméfaction des ganglions de la région, tantôt un seul ganglion très volumineux, œdémateux et ecchymosé à la base de l'oreille, tantôt un certain nombre échelonnés le long des vaisseaux du cou et tuméfiés à des degrés divers;

3° Enfin, une abondante quantité de bactéridies, constatée au microscope, dans ces ganglions malades, permettant d'affirmer qu'elles étaient autochthones.

Chez le lapin n° 7, ces lésions étaient moindres, pas d'œdème, pas de gros ganglion à la base de l'oreille; mais, plus profondément, à la base du cou, du côté inoculé, un ganglion un peu tuméfié et riche en bactéridies.

Chez le lapin n° 8, on ne trouva pas trace de ces lésions.

Six lapins sur huit morts ont donc été infectés par les voies lymphatiques; chez le n° 7, il y a eu aussi un travail lymphatique local; mais peut-être l'infection a-t-elle été mixte, et par les lymphatiques et par les vaisseaux sanguins; chez le n° 8, c'est exclusivement par la circulation sanguine qu'a dû se faire l'absorption.

Si chaque série n'a pas fourni la même proportion de morts, cela tient aux différences dans la hauteur de la section; car, si au bout d'un quart d'heure la propagation s'est faite jusqu'au milieu de l'oreille, on arrêtera l'infection en coupant l'oreille à sa base, on ne l'arrêtera pas en pratiquant la section à 0m,01 de la plaie.

Les expériences de M. Davaine ont, il est vrai, donné une faible proportion de morts, quoique la destruction de la partie eût été faite par la cautérisation, bien comparable dans ses effets à une section rapprochée du point d'inoculation. Aussi faut-il reconnaître que la nature de la plaie a eu de l'influence, mais seulement sur la rapidité de la propagation, et nullement sur le mécanisme de l'absorption.

L'infection s'est faite par les voies lymphatiques dans mes expériences comme dans les siennes, avec des plaies par inoculation à la lancette comme avec de larges plaies par excision. Si ces dernières sont défavorables à une absorption rapide, ce n'est pas par le trouble qu'elles apportent à la circulation sanguine locale, c'est par celui de la circulation lymphatique.

L'absorption exclusive par les vaisseaux sanguins est donc très rare, même dans les plaies où l'on penserait *a priori* qu'elle doit être facile.

L'absorption mixte, à la fois par les voies sanguines et lymphatiques, existe, mais est relativement rare.

La pénétration se fait par les vaisseaux lymphatiques dans la très grande majorité des cas.

Ces conclusions me paraissent être un puissant encouragement pour la pratique. Si l'on n'a guère à craindre la terrible rapidité d'infection qui résulterait d'un transport par la circulation sanguine, et si, presque toujours, le virus doit suivre lentement les voies lymphatiques, on est autorisé à beaucoup compter sur l'intervention chirurgicale, quelle que soit la nature de la plaie, même plusieurs heures après une inoculation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance comprend un travail manuscrit intitulé : *Réflexions sur la scarlatine*, par M. Brodier de Bazencourt (Marne).

LE CRÉTIN DES BATIGNOLLES. — M. le professeur B. BALL fait une communication sur un malade atteint de crétinisme sporadique

et non héréditaire. Bien que sa taille et son aspect extérieur lui donnent l'aspect d'un jeune enfant, ce malade est âgé de trente et un ans et ses organes génitaux sont complétement développés. Il est né à Paris, d'un père actuellement âgé de soixante-deux ans, alcoolique, mais qui n'a contracté ces habitudes qu'après la naissance du malade. La mère avait quarante-deux ans à l'époque de la naissance, onze ans de plus que son mari. Tous les membres de la famille sont intelligents et bien développés. Mais, pour le couple dont nous nous occupons aujourd'hui, il ne reste que ce rejeton, tous les autres enfants sont morts en bas âge et dans des conditions qui indiquent une perturbation profonde du système nerveux.

Notre malade est le cinquième et dernier de la série; né à terme, après une grossesse normale, il présentait toutes les apparences d'un beau développement et d'une conformation régulière. A l'âge de onze mois, il marchait déjà seul, lorsqu'il fut maltraité par sa nourrice qui le laissa jeûner pendant longtemps, et dès lors il fut pris de convulsions qui ont duré presque sans interruption pendant trois ans et demi, en revenant presque tous les jours. La croissance a été retardée à tel point que sa taille ne dépasse pas 1 mètre 103 millimètres. Le poids est de 32 kilogrammes, c'est-à-dire à peu près la moitié du poids normal. La dentition est restée très incomplète.

L'intelligence n'a jamais acquis un développement normal, mais le malade paraît comprendre assez bien ce qu'on lui dit, cependant il éprouve beaucoup de difficultés à s'exprimer. Il sait un peu les lettres de l'alphabet, mais jamais il n'a pu lire. Il connaît les personnes qui l'entourent et sait distinguer les bons et les mauvais procédés. Il paraît enfin doué d'un certain degré de mémoire.

Au point de vue moral, c'est un enfant affectueux, doux et paisible; jamais il ne montra de mauvais instincts. Ses goûts sont ceux d'un jeune enfant.

Il n'a jamais été malade depuis l'époque où ses convulsions ont cessé. Malgré le développement très considérable des organes sexuels, il ne paraît avoir aucun vestige de l'instinct génital.

L'aspect général est celui d'un enfant, mais d'un enfant décrépit, avec un air vieillot caractéristique. La figure est sans expression; il n'a que 19 dents dont 9 à la mâchoire supérieure et 10 à l'inférieure; elles sont d'ailleurs absolument ravagées par la carie. Le visage est complètement imberbe; par contre la tête est couverte d'une chevelure abondante et d'un chatain foncé. La tête est grosse, mais irrégulière; le front, fuyant en arrière, contribue à rétrécir le diamètre antéro-postérieur; malgré un chevauchement de l'occipital sur les pariétaux, cet os fait une saillie en arrière et les fontanelles sont complètement ossifiées.

On trouve donc chez Victor, c'est le nom du malade, les effets d'un arrêt de développement manifestement provoqué par une maladie cérébrale traduite au dehors par des convulsions longtemps prolongées qui a laissé derrière elle une évolution compromise pour longtemps. Ce malade se rattache d'autant mieux au type classique que le goitre est absent chez lui. En effet les crétins complets ne présentent qu'un goitre rudimentaire. Chez Victor, il n'existe aucune hypertrophie du corps thyroïde; il s'agit ici incontestablement d'un cas de crétinisme sporadique sans intervention de l'hérédité et qui paraît dû aux mauvais traitements et à l'inanition dont il a souffert à la fin de sa première année d'existence.

Si ce malade est absolument incapable de travailler et de diriger sa propre existence, il n'en est pas moins supérieur au niveau ordinaire de ses pareils. Plein de bons sentiments, il paraît susceptible d'un certain degré de culture intellectuelle et déjà depuis son entrée à la clinique, il a réalisé de sensibles progrès.

Recherches sur le convallaria maialis, nouveau médicament cardiaque. — M. le professeur G. Sée : Le muguet est connu depuis longtemps des paysans russes qui s'en servent dans l'hydropisie. Quelques médecins de ce pays ont fait récemment des recherches sur ce médicament. On emploie : 1o les extraits aqueux de feuilles, qui exigent une dose trois plus forte que les extraits des autres parties de la plante; 2o les extraits de fleurs qui ont sur les animaux une action très vive, sur l'homme des effets beaucoup moins intenses; 3o enfin les extraits de la plante en totalité.

M. Hardy a obtenu l'alcaloïde, la convallarine, à l'état amorphe; ce produit est doué d'une énergie comparable à celle de la digitaline pure.

La dose thérapeutique des extraits à prescrire chez l'homme est 1 gramme à 1 gramme et demi ou même 2 grammes d'extrait de fleurs ou d'extrait total.

Sur la tortue, on obtient dans l'espace d'une minute un ralentissement du pouls qui est tombé de 36 à 4.

En injectant sous la peau d'un chien 5 centigrammes d'extrait, on obtient les mêmes phénomènes, qui se réduisent en ceci : le pouls se ralentit, la respiration devient lente et profonde.

M. Sée a vingt observations détaillées. Chez trois malades, le médicament n'a rien donné. Chez les dix-sept autres, il a obtenu des faits extrêmement remarquables.

Ce médicament a un effet diurétique des plus prononcés. L'urine oscille entre 3,200 et 3,500 grammes. Si l'on cesse le médicament, l'urine retombe à 1,000 grammes.

Les dix-sept observations se rapportent à trois cas d'insuffisance mitrale, deux cas de rétrécissement mitral, deux cas de dilatation du cœur, un cas d'hyperthrophie de croissance, une maladie de Corrigan, une anémie simple, une péricardite chronique, enfin un diabétique.

Les médecins russes ont pensé que le médicament agisssait surtout dans les maladies nerveuses du cœur. C'est une erreur.

Les effets physiologiques sur les organes digestifs sont absolument nuls; le médicament est parfaitement supporté, tandis que son congénère la digitale produit sur le tube digestif des effets quelquefois très fâcheux.

Ce médicament tend plutôt à augmenter qu'à diminuer l'appétit, de plus il tend plutôt à faciliter les gardes-robes.

Sur le cœur on obtient dans les vingt-quatre heures une régularisation des battements, surtout lorsque l'arhytmie n'est pas compliquée de lésions valvulaires; sur les palpitations, il agit d'une manière très remarquable, surtout dans les cas de palpitations paralytiques par lésion du pneumogastrique. Même à l'état physiologique, on peut diminuer de 10 à 15 le nombre des pulsations.

Sur la circulation artérielle périphérique, l'action est de même des plus marquées et des plus constantes, le médicament fait cesser les battements artériels, de même chez les malades qui se plaignent d'avoir souvent le sang à la tête, des battements dans les tempes. En même temps on obtient une augmentation de l'énergie des battements du cœur.

Les effets sur la respiration sont de même très marqués. Enfin, l'action diurétique est des plus constantes. L'urine devient un peu trouble, parce qu'elle contient une urine qui s'élimine par cette voie.

Aussi ces indications thérapeutiques sont des plus nombreuses; on peut employer ce médicament dans toutes les affections du cœur; toutefois, lorsqu'il existe en même temps de la dyspnée, il est nécessaire de joindre à son emploi celui de l'iodure de potassium.

— A quatre heures et demie, l'Académie de médecine se forme en Comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1882. — Présidence de M. Millard.

Correspondance. — Elle comprend : 1o une lettre de M. *Frémy* donnant, pour raisons de santé, sa démission de membre titulaire et sollicitant le titre de membre honoraire; 2o une lettre de M. le docteur *Ferrand* (de Lyon), faisant connaître les excellents résul-

tats qu'il a obtenus de l'emploi de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde. Les observations recueillies par l'auteur sont des plus nombreuses.

KYSTE HYDATIQUE DU POUMON. — M. BUCQUOY présente un malade entré dans son service de l'hôpital Cochin le 30 septembre 1881 pour une pleurésie droite légère, datant déjà de quelque temps. Il s'agissait d'un ouvrier serrurier, âgé de trente-neuf ans.

Les symptômes étaient peu prononcés, mais la fièvre persistait avec une certaine exacerbation vespérale. En examinant de nouveau son malade le 10 octobre, M. Bucquoy constata tous les signes d'un pneumo-thorax, en même temps que l'épanchement pleurétique avait augmenté. Cependant l'individu n'était point tuberculeux, du moins il n'en avait en rien les apparences; il était bien constitué, ses antécédents étaient nuls. Quelques jours plus tard surviennent de violentes quintes de toux, suivies d'une expectoration muco-purulente temporaire, qui font songer à l'existence d'une vomique. Pendant ce temps, l'épanchement augmentant, on pratique la ponction de la plèvre, 2,800 grammes d'un liquide purulent s'écoulent. Le malade est soulagé pour quelques jours seulement, et bientôt la dyspnée revient, l'état général s'aggrave, l'haleine devient extrêmement fétide et une sorte de fièvre hectique s'empare du malade, bien que l'épanchement ne soit fût que très médiocrement reproduit.

Une seconde ponction est pratiquée; elle donne issue à 100 grammes seulement d'un liquide purulent d'une extrême fétidité. Enfin, devant la gravité du cas, deux jours plus tard, le 1er novembre, on faisait l'empyème, dans le septième espace intercostal du côté droit, sans que l'on ait pu chloroformiser le malade à cause des quintes de toux provoquées par le chloroforme. Mais la sortie du liquide pleural se trouve tout à coup suspendue par l'apparition, au niveau de la plaie, d'un kyste du volume d'une orange, que l'on parvient à extraire sans trop de difficultés.

A peine l'opération était-elle terminée que le malade se remettait comme par enchantement; au bout de quelques jours, on pouvait le considérer comme sauvé. La cavité pleurale fut soumise d'abord à des lavages phéniqués, puis à des lavages alcoolisés, au moyen d'une très grosse sonde en caoutchouc rouge; l'évacuation du liquide se fit très régulièrement, et peu à peu on reconnut que la sécrétion devenait beaucoup plus expectorale que pleurale, comme si, selon l'expression de M. Bucquoy, le malade crachait dans sa plèvre. Un peu plus tard, la longueur du tube maintenu dans la plaie déterminait une certaine gène ainsi que quelques hémoptysies, — hémoptysies de nature traumatique, bien entendu,— lesquelles cessaient dès que le tube était retiré.

Enfin, le malade quittait l'hôpital au mois de février, et reprenait ses occupations d'autrefois; il se bornait à venir seulement tous les deux jours dans la salle pour un lavage alcoolisé. Actuellement, il va bien, et n'a plus qu'une fistule pleurale et pulmonaire marchant vers une guérison prochaine. La respiration est très bonne en avant dans toute la hauteur, ainsi qu'en arrière, sauf au niveau d'un point situé à la partie moyenne.

NÉVROSES. — M. HUCHARD présente la seconde édition de son *Traité des névroses*, édition enrichie d'additions personnelles de l'auteur, ne comprenant pas moins de 700 pages et se rapportant, pour la plupart, à des chapitres nouveaux sur le tremblement, la maladie de Parkinson, les névralgies en général, etc.

MORTALITÉ DES FEMMES EN COUCHES. — M. SIREDEY donne lecture d'un très long mémoire sur la statistique des femmes en couches à l'hôpital de Lariboisière.

En commençant, l'auteur passe en revue les chiffres touchant la mortalité dans les hôpitaux de Paris depuis 1786, où elle était de 1 pour 16, soit 6 0/0, jusqu'en 1850, où elle tombait à 1 sur 19 ou 5 0/0. Mais depuis cette époque, les épidémies puerpérales deviennent plus fréquentes et plus meurtrières, au point que Lorrain s'écriait un jour « qu'il valait mieux pour une femme d'accoucher sur un grabat sans air que dans un hôpital, si bien aéré fût-il. »

Dès l'ouverture de Lariboisière, malgré les bonnes conditions hygiéniques d'air et de lumière, de bâtiments et de lits neufs, la mortalité augmentait encore et s'élevait au chiffre de 1 sur 11.

Puis, de 1854 à 1862, elle retombe à 1 sur 14,9, chiffres encore plus élevés que ceux du siècle précédent. Mais, dès 1862, on reconnait enfin que toute femme en couches malade est un foyer d'infection et qu'il est indispensable de la séparer de celles qui sont restées valides. Aussi voit-on, dans la période suivante des dix années qui nous conduisent à 1873, la mortalité tomber à 1 sur 33.

Pendant ce temps, grâce aux mesures prises par M. Hervieux, cette mortalité descendait à la Maternité à 2 0/0.

Depuis son entrée à Lariboisière, M. Siredey non seulement peut obtenir une crêche isolée de huit lits pour y transporter toute femme et son enfant aux premiers symptômes un peu graves, mais encore il établit certains moyens d'antisepticité pour prévenir toute contagion possible par le personnel des salles. Aussi la proportion dans la mortalité par puerpéralité n'est-elle plus de 1874 à 1881 que de 1 sur 56. Enfin en 1881, sur 774 accouchements, il n'y eut que 14 décès, soit 1 sur 55, dont il faut encore retrancher 6 décès qui eurent lieu en dehors de toute puerpéralité, soit trois phtisiques, une jeune fille primipare accouchée chez elle et succombant à la fièvre typhoïde, une éclampsie et une hémorrhagie interne foudroyant la femme quelques heures après l'accouchement. En résumé, 1881 donne donc 8 décès sur 768 accouchements, soit un sur 96, mortalité que les progrès de l'hygiène arriveront encore certainement à diminuer.

M. HERVIEUX rappelle à son tour les résultats auxquels il est parvenu à la Maternité, dès le jour où il reconnut l'opinion bien fondée de M. Depaul sur la contagion des accidents puerpéraux. La mortalité qui, en 1864, était encore de 20 0/0 dans ses salles, oscille de 1865 à 1867 entre 4 et 8 0/0, de 1867 à 1872 entre 1 et 4 0/0 et de 1872 à 1882 elle reste au-dessous de 1 0/0. Enfin, depuis le 1er janvier de cette année, sur 7 à 800 accouchements, on ne compte que 4 décès, sur lesquels *pas un cas de septicémie*.

Cet immense progrès est dû à des moyens bien simples, la séparation *absolue* du personnel attaché aux femmes valides de celui qui est appelé à donner ses soins aux femmes malades, qui constituent un service *absolument* spécial.

Aujourd'hui, dit en terminant M. Hervieux, nous sommes complètement maitres des épidémies; ce n'est point là une affaire de hasard, mais le résultat de mesures judicieusement raisonnées et sans qu'il ait été nécessaire d'induire l'administration dans des dépenses exceptionnelles ni des installations spéciales.

M. GÉRIN ROZE appelle l'attention sur les déplorables résultats auxquels donne lieu le service des accouchements chez les sages-femmes, résultats prouvés, on peut le dire, par des faits de chaque jour. Nombre de femmes portées par elles comme guéries arrivent à l'hôpital au bout de trois semaines ou d'un mois avec quelque phlegmon de la fosse iliaque. Aussi les résultats statistiques fournis par les sages-femmes sont-ils complètement faux. Les femmes y sont mal nourries; elles sont forcées de se lever souvent dès le troisième ou le quatrième jour, sont renvoyées trop tôt dans leur ménage, et dès le moindre symptôme un peu sérieux, les sages-femmes les évacuent au plus vite, non sur un brancard, mais en voiture, sur l'hôpital le plus éloigné de leur demeure, de peur de compromettre leur réputation dans le quartier où elles exercent.

M. Gérin-Roze demande que les femmes soient visitées chez les sages-femmes par un médecin de l'administration à leur arrivée, pendant leur séjour, et avant leur exeat.

M. MOUTARD-MARTIN reconnait l'entière vérité des faits signalés par son collègue et annonce que l'administration est en train de prendre les mesures nécessaires pour remédier à un pareil état de choses.

M. GÉRIN-ROZE demande aussi que les femmes accouchées ne puissent plus être envoyées à l'asile de convalescence du Vésinet avant le vingtième jour, à cause des fatigues dangereuses d'un voyage aussi long à une époque trop rapprochée de la délivrance.

ÉLECTIONS. — MM. Dejérine, Gombault et Moizard, récemment nommés médecins du Bureau central, sont élus membres titulaires.

MM. Desplats et Zancarolli sont élus membres correspondants.

TORTICOLIS.—M. Sevestre présente un malade atteint d'un spasme fonctionnel des muscles du cou, analogue à la crampe des écrivains et simulant un véritable torticolis, avec cette particularité que les phénomènes cessent dès que le malade est assis ou couché, pour reparaître aussitôt qu'il est debout. M. Sevestre a traité son malade par le bromure de potassium, les frictions avec le chloroforme et l'électrisation.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

VARÈLE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. FARABEUF lit un rapport sur un travail de M. Baudrimont, de Bordeaux, intitulé : « De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation de la mâchoire inférieure en arrière, par pénétration du condyle dans le conduit auditif. » La cause de ces fractures est une chute ou un choc sur le menton; cette cause est d'autant plus active que le sujet a moins de dents, car celles-ci semblent amortir le choc. Le condyle passe à travers le conduit auditif fracturé où il vient faire saillie; il y a en outre de l'hémorragie et souvent de la commotion cérébrale. Ces divers symptômes font penser à l'auteur qu'un grand nombre de fractures de la base du crâne guéries ne sont autre chose que des fractures du conduit auditif externe.

— M. LANNELONGUE continue sa communication sur les caractères et la nature de l'arthrite fongueuse.

Il examine quelle part les différents éléments de l'articulation prennent à la maladie. On pense généralement, dit M. Lannelongue, que le cartilage échappe à l'envahissement tuberculeux primitif ou secondaire; on peut opposer à cette opinion, trop absolue à mon sens, les faits recueillis par Hayem, Lediberder et par moi-même; dans ces cas, des tubercules se sont développés au sein des cartilages costaux ou bien dans le condyle interne du fémur.

La tuberculose primitive des synoviales est un fait hors de doute, d'après une observation concluante de Cornil et d'après les travaux de Laveran, Roux, Brissaud, Koster, qui prouvent que le siége primitif du tubercule peut exister dans la synoviale en dehors de toute lésion des épiphyses. Mais presque toujours il existe au début une ostéite tuberculeuse, et ce n'est que secondairement que la jointure est intéressée. Ces altérations osseuses se présentent sous deux formes :

1o Ou bien c'est une lésion circonscrite, c'est la forme la plus commune qui débute par une tache jaune, opaque, sèche et limitée, occupant l'épiphyse.

2o La seconde forme, de beaucoup moins fréquente, consiste en une infiltration diffuse s'étendant à une grande partie de l'os. Cette infiltration jaunâtre, formée d'ilots arrondis, offre les mêmes caractères que la forme précédente, mais elle a une évolution plus rapide et provoque la formation plus prompte de séquestres volumineux; les caractères de la tuberculose sont certains, les nodules arrondis, les cellules épithélioïdes et lymphoïdes, propres au tubercule de Koster, sont groupées. Les taches jaunes ont la même origine, mais l'état caséeux indique déjà une période plus avancée des granulations miliaires.

Quant à la marche de l'affection, un foyer tuberculeux isolé dans une épiphyse peut sommeiller longtemps; tout est subordonné à l'influence exercée par le foyer tuberculeux sur les parties voisines.

La guérison naturelle sans incident extérieur à l'os peut s'observer; néanmoins la résolution du mal, la cicatrisation des cavernes, la transformation du néoplasme tuberculeux en tissu conjonctif sont loin d'être la règle. La nature virulente des produits tuberculeux devient un danger pour les tissus qui l'entourent. Le tissu osseux s'infiltre de granulations par inoculation. Dans les cas favorables, la matière caséeuse conserve sa sécheresse et reste cohérente. L'arrivée des éléments spécifiques sur les parties des synoviales réfléchies sur les épiphyses est suivie d'une augmentation de la vascularisation de la séreuse; des matières plastiques infiltrent la couche celluleuse, la nodosité tuberculeuse apparaît.

CONCLUSIONS PRATIQUES. — L'ostéo-arthrite tuberculeuse se présente sous deux formes cliniques qui réclament des indications thérapeutiques différentes.

Dans la première, le mal est à l'état latent, la synoviale est à peine prise, l'épiphyse est à peine douloureuse en un point. A ce moment, une intervention serait un peu téméraire et ne serait pas encore justifiée. Le repos absolu, l'immobilisation longtemps prolongée de la partie atteinte, une bonne position du membre, l'éloignement des surfaces articulaires pour vaincre la douleur, les contractures, et éviter les effets désastreux de la pression, la révulsion, les meilleures conditions hygiéniques, les reconstituants, tels sont les principaux moyens à utiliser pour enrayer le mal.

Si, malgré leur emploi, la synoviale se prend et devient fongueuse, on peut recourir à d'autres moyens : la compression articulaire, l'ignipuncture de M. Richet, les injections interstitielles de M. Le Fort, les injections intra-articulaires recommandées par M. Marc Sée.

Dans une seconde phase, apparaît une complication importante, c'est l'abcès extérieur à l'articulation sénile ou par congestion, qui se rattache à la synoviale ou à l'os; l'intervention chirurgicale s'impose alors. L'ablation de l'abcès doit être tentée; mais après avoir enlevé l'abcès par la décortication ou le grattage, on n'aura fait qu'une œuvre incomplète; il importe de découvrir les origines de l'abcès. On aura sous les yeux tantôt une ulcération superficielle de l'os et tantôt une perforation étroite. Il est indiqué de pénétrer dans l'excavation de l'os, de la déterger, d'enlever un séquestre morbide ou adhérent. Le curage, l'évidement ou une résection partielle deviennent ainsi nécessaires.

Tel est le cas le plus ordinaire; mais il peut arriver que l'abcès symptomatique ne soit qu'un prolongement de la synoviale transformée, en communication par conséquent avec la cavité articulaire. On entrera dans l'articulation pour reconnaître l'état des lésions épiphysaires. On fera l'ablation partielle d'une épiphyse ou une résection plus étendue, suivant les lésions; on pourra même enlever sans inconvénient plusieurs os du pied ou de la main.

Ces manœuvres n'éviteront pas toujours de recourir à une résection plus étendue ou même à l'amputation.

M. VERNEUIL défend sa classification de fongosités et admet une troisième variété de cette lésion; elle ne s'observe que chez les adolescents qui ne sont nullement scrofuleux et se manifeste surtout au genou; elle donne à cette articulation l'aspect d'un genou atteint d'une hydarthrose volumineuse, sans qu'il existe aucune lésion osseuse. La guérison s'obtient à la longue par l'immobilisation et la compression. Les fongosités, dans ce cas, ont l'aspect de tumeurs fibro-plastiques, comme M. Verneuil l'a vu chez un malade à qui Follin avait commencé à faire la résection du genou; les cartilages et les épiphyses étaient intacts.

Enfin, il admet même une quatrième variété qui s'observe dans

les gaînes du poignet et qui font croire à un kyste séreux de la gaîne.

M. TRÉLAT pense que dans les cas cités par M. Verneuil on pourrait avoir affaire à des épanchements périsynoviaux.

— M. HORTELOUP lit une observation envoyée par M. Dubreuil (de Montpellier): *Hémiplégie et mort après la ligature de la carotide externe.* Il n'y a a pas eu d'autopsie, mais l'auteur pense que le caillot de la carotide externe a dû se prolonger jusqu'à la carotide interne et de là chassé dans le courant sanguin.

— M. LABBÉ présente un aspirateur pour l'évacuation des débris calculeux de la vessie, construit par MM. Fonnegra et Duran.

Dr HENRI BASTARD.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'ARTHRITE AIGUE D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE, par M. le docteur BRUN, prosecteur de la Faculté de médecine. — Paris, 1881. — A. Delahaye, éditeur.

L'auteur a repris dans cet intéressant travail la question qu'il vient de traiter, il y a quelques mois à peine, dans les *Archives générales* (1881).

L'arthrite aiguë, forme peu connue de l'arthrite blennorrhagique, avait déjà, en 1879, attiré l'attention de Talamon (rhum., blennorrh., *Revue mensuelle*, 1879).

Selon M. le professeur Duplay et M. Brun, cette forme est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer dès l'abord, et si elle est restée jusqu'à nos jours si imparfaitement décrite, c'est qu'en général cette arthrite est provoquée soit par l'action du froid, soit par celle du traumatisme; les malades qui en sont atteints vont alors rarement dans les hôpitaux spéciaux, et en conséquence elle est considérée ordinairement comme une arthrite traumatique ou à frigore.

Et cependant elle présente des caractères spéciaux et l'on peut dire caractéristiques.

Précédée quelquefois de phénomènes arthralgiques mobiles et fugaces, elle débute ordinairement d'une manière brusque; les malades sont souvent réveillés la nuit par l'apparition inopinée d'une douleur atroce.

Cette douleur, contrairement à ce qu'on voit dans les formes vulgaires de l'arthrite rhumatismale, est remarquable par son intensité et sa persistance, et ne cesse qu'après l'établissement d'un traitement approprié.

La tuméfaction, qui débute souvent quelques heures après la douleur, se montre en général à la face dorsale des jointures et présente une grande tendance à la diffusion; elle tient à l'infiltration œdémateuse des tissus mous périarticulaires.

Peu de liquide dans la jointure.

Souvent les os sont eux-mêmes gonflés; il se produit une véritable hyperostose par ostéo-périostite condensante, bien signalée par M. le professeur Gosselin, et qui persiste longtemps après la guérison.

L'intensité du gonflement simule *a priori* un phlegmon ou une angioleucite et donne, dans certains cas, la sensation d'une fausse fluctuation qu'on a quelquefois incisée par erreur.

Cette affection, qui se rapproche par son intensité des arthrites traumatiques les plus graves, se termine quelquefois par résolution, le plus souvent par ankylose ou par suppuration.

Des faits incontestables de Talamon confirment la possibilité de cette terminaison qu'avait si énergiquement repoussée Rollet et que Fournier considère lui-même comme bien exceptionnelle. (Voir in-Bailliére, *Complic. de la blennorrhagie*).

Telle est, en résumé, l'histoire de cette arthrite si facilement confondue avec des phlegmons diffus, des angioleucites graves, des synovites aiguës blennorrhagiques, que M. Talamon rapproche des arthrites purulentes, de la pyohémie, surtout de la pyohémie lente susceptible de guérison, et dont M. Lasègue lui-même fait une arthrite pyohémique.

L'auteur insiste en terminant sur la nécessité d'une immobilisation absolue qui présente l'avantage d'amener la cessation immédiate de la douleur spontanée.

A cet intéressant travail est annexé une série remarquable de vingt observations, dont la plupart sont personnelles ou tirés de la pratique de M. Duplay.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA PEPTONE PHOSPHATÉE DANS LES ACCIDENTS CONSOMPTIFS DE LA PHTISIE PULMONAIRE, par le docteur CHOFFART.

Il n'y a certainement pas, à l'heure actuelle, de médecin instruit qui mette en doute la curabilité de la phtisie confirmée. Il n'y en a pas non plus qui ne la voie toujours traitable alors qu'elle est incurable et qu'elle paraît justifier le mot de Fonssagrives: « C'est une maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on panse. » Curable ou seulement réduite à ces termes plus modestes, le rôle de la thérapeutique n'en demeure pas moins des plus consolants et des plus utiles.

D'agent spécifique de la phtisie, il n'y en aura évidemment jamais que pour les charlatans; mais de ceux-là qui, associés à une hygiène raisonnée, hygiène corporelle, morale, alimentaire et climatérique, de ceux-là, dis-je, la liste n'est pas fermée; elle s'est seulement modifiée de la façon la plus heureuse en même temps qu'on apprenait à mieux connaître la lésion anatomique qui caractérise la tuberculose pulmonaire, ainsi que ses causes et son étiologie.

En fait, ce qui doit dominer la thérapeutique tuberculeuse, c'est cette conviction que la phtisie n'est que la manifestation locale, le symptôme d'une vitalité épuisée; « le dernier terme des affections cachectisantes », dit Guéneau de Mussy; et Peter, « le témoignage de la déchéance de l'organisme, une maladie qui finit »; « une manière de mourir », dit Bennet.

Rien d'étonnant, dès lors, rien de plus rationnel que le rôle considérable de la médecine reconstituante dans le traitement de la phtisie. Dans cet ordre d'idées, j'ai, aujourd'hui un exemple frappant, que je vais relater en quelques mots, de l'utilité grande que la thérapeutique devra retirer de l'emploi de la peptone phosphatée à de certaines phases de la phtisie.

OBSERVATION. — Marthe D... a vingt-et-un ans; elle est domestique à la campagne, à Savigny-sur-Orge. Ses maîtres, qui l'ont en grande estime, me font appeler pour lui donner mes soins le 17 juillet dernier. Au moment où je la vois, cette jeune fille fait remonter sa maladie, son *rhume négligé*, comme elle dit, à l'automne précédent. Les renseignements, assez obscurs d'ailleurs, qu'elle me donne sur sa famille, ne me permettent pas de voir chez elle une prédisposition héréditaire; elle a eu dans son enfance

de l'engorgement des ganglions cervicaux. Aujourd'hui la situation est celle-ci : muqueuses décolorées, amaigrissement très notable, dégoût pour les aliments à ce point que, depuis quinze jours, dit-elle, elle n'a pas mangé 250 gr. de pain ; un peu de douleur à l'épigastre, fièvre le soir, sueurs profuses, dyspnée, toux fatigante, expectoration assez abondante formée de crachats opaques. L'examen de la poitrine me permet de constater, en avant et en arrière, de la matité au sommet du poumon gauche, de la respiration bronchique et de gros râles humides. Deux vésicatoires volants en avant et en arrière à appliquer à quatre jours d'intervalle, potion codéine bromurée à alterner avec la potion de Todd. Sous l'influence des vésicatoires, il y a d'abord un mieux réel, mais ce mieux de courte durée, et, lorsque je revois la malade quinze jours plus tard, je la trouve de nouveau en proie à une anorexie incoercible qui lui fait rejeter les quelques aliments qu'elle essaye d'ingérer ; ces aliments sont rendus dans un état d'inaltération qui dénote la profonde adynamie de l'estomac. Cette anorexie, ajoutant son action à celle des sueurs, de la fièvre, d'un peu de diarrhée qui est survenue, l'ont amenée à un véritable état de déliquation me laissant peu d'espir d'enrayer l'évolution implacable d'un mal qui semble devoir aller rapidement à un dénouement fatal. Badigeonnages de teinture d'iode, régime lacté, continuation de la potion bromurée, mais la potion de Todd sera remplacée par trois cuillerées à bouche de peptone phosphatée (*vin de Bayard*) à prendre en trois fois dans la journée. Quinze jours plus tard, je trouve l'état de la malade très avantageusement modifié. Plus de vomissements, plus de diarrhée, nuits calmes et appétit assez vif qui se développe chaque jour. La malade me raconte que, le jour même où elle fit usage de ce vin, elle fut bien étonnée de se surprendre portant machinalement à sa bouche quelques-unes des fines tranches de pain qu'elle coupait pour le potage de ses maîtres ; depuis ce jour, l'appétit n'a fait que croître, les forces reviennent un peu. Continuation des badigeonnages, tantôt en avant, tantôt en arrière ; suppression graduelle de la potion, six cuillerées de peptone phosphatée en trois fois. Le mieux ne s'est pas ralenti. Aujourd'hui fièvres et sueurs ont totalement disparu ; les crachats, peu abondants, sont redevenus muqueux ; la malade récupère rapidement ses forces et son embonpoint ; je ne constate plus qu'un léger souffle râpeux au sommet du poumon.

Tout me porte à espérer une guérison complète, dont je fais remonter le bénéfice à la *peptone phosphatée*. Etant par ellemême un reconstituant de premier ordre, en quelque sorte tout digéré, et, de plus, un excitant de la nutrition générale, qui devait provoquer l'assimilation des aliments concurremment ingérés, la peptone phosphatée Bayard a eu, pour premier effet, d'arrêter le mouvement de dénutrition, et, comme conséquence, le processus de la néoplasie tuberculeuse. Je ne crois pas téméraire non plus de supposer que plus tard elle a contribué, par son phosphate de chaux, à enrayer la caséification des tubercules et leur désagrégation finale pour les transformer en tissu fibro-calcaire.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — J.-R.-J.-A. Latour. — A. Latour, fondateur de l'*Union médicale* et l'un des doyens du journalisme parisien, est mort le 28 juin dernier, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Né à Toulouse le 12 juin 1805, il soutint à Paris en 1834 sa thèse de doctorat et se fit aussitôt écrivain. Il publia la *Presse médicale*, qui vécut un an, fit la *Gazette des médecins praticiens*, qui en vécut deux, écrivit dans l'*Esculape*, journal fondé par Furnari, et dans la *Gazette des hôpitaux*. Sa verve méridionale et son esprit caustique trop parisien lui attirèrent beaucoup d'ennuis et un grand succès, des procès et le reste. Latour, qui d'ailleurs aimait beaucoup la profession médicale, se mit à la tête d'un groupe de médecins, qui, en 1845, prirent l'initiative d'un Congrès des médecins de France, qui, nous l'en louons fort, s'occupa surtout des intérêts professionnels du corps médical. Enfin, en 1858, c'est grâce à l'activité et aux insistances de Latour que fut fondée l'Association générale des médecins de France. Dans l'*Union médicale*, journal créé par lui, à l'aide d'actionnaires, il écrivit longtemps sous le pseudonyme de *Simplice*, un feuilleton alerte et spirituel dont ses amis eurent autant à se louer que ses adversaires et ennemis à se plaindre, et ce n'est pas peu dire. Il fut nommé membre de l'Académie de médecine, dans la classe des associés libres, après avoir échoué une première fois, alors qu'il se présentait concurramment avec l'excellent Daremberg dont il assurait être l'ami. Ses obsèques ont eu lieu à Châtillon près Paris.

— M. le docteur Foucaud de l'Espagnery vient de remporter au concours d'Auxerre le grand-prix de Victor-Emmanuel pour son travail intitulé : *Itinéraire de Paris en Chine* (en vers).

***

Bourses de doctorat en médecine. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses du doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le 10 juillet 1882. Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 10 juillet, à quatre heures.

***

Bourses de pharmacie. — L'ouverture du concours aura lieu au siége des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le 10 juillet 1882. Les candidats s'inscriront comme ci-dessus.

***

Faculté de médecine de Paris. — *Avis important*. — Seront mis en série :

1o Du 26 juin au 1er juillet 1882, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, au premier examen de doctorat (ancien régime) et au deuxième examen de doctorat (nouveau régime, première partie) ;

2o Du 3 au 8 juillet 1882, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, au deuxième examen de doctorat (ancien régime) et troisième examen de doctorat (nouveau régime, première partie).

Pour les troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat, des séries seront établies de la manière suivante :

1o Troisième examen de doctorat, jusqu'au 3 juillet ;

2o Quatrième et cinquième examens de doctorat, jusqu'au 22 juillet.

— Le lendemain de leur réception à la thèse, MM. les étudiants en médecine sont priés de vouloir bien retirer au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, leur certificat de réception.

***

Ecole de médecine de Poitiers. — Par deux arrêtés en date du 19 juin 1882 : 1° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 21 décembre 1882 ; 2° un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 26 décembre 1882 à la même Ecole. — Les registres d'insription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun de ces concours.

***

Service médical de la Morgue. — Par arrêté du préfet de police, le service médical de la Morgue comprendra désormais : 1° un médecin inspecteur ; 2° deux médecins inspecteurs adjoints ; 3° un médecin inspecteur suppléant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

241. M. Chahbazian. Des fibrômes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. — 242. M. Poingt. Contribution à l'étude du traitement des fistules à l'anus. — 243. M. Dumez. Des ruptures de l'intestin grêle par traumatisme. — 244. M. Germaix. Etude de l'ergot du disf. — 245. M. Billet. Du mal vertébral : essai pathogénique. — 246. M. E. Hue. Essai sur les tumeurs du nerf optique. — 247. M. Prunieras. Indications du traitement de la fistule à l'anus. — 248. M. Bonnemaison. Des différents procédés chirurgicaux pour le traitement du strabisme monolatéral excessif. — 249. M. Déve. Essai sur la tuberculose des prisonniers. — 250. M. Marcel-Liébault. Du volvulus de l'S iliaque du côlon. — 251. M. Treillet. Du cancer du pavillon de l'oreille. — 252. M. Bonnamy. Contribution à l'étude de la séméiologie des écoulements uréthraux. — M. Clumaitre. Des pansements antiseptiques chez les anciens et chez les modernes. — 254. M. Bonnans. Les eaux minérales du département de l'Ariège. — 255. M. de Mangell. Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. — 256. M. Lidin. Coup d'œil sur la climatologie et la pathogénie du Sénégal. — 257. M. Rousseau. Essai sur la péricardite tuberculeuse. — 258. M. Stevenel. Contribution à l'étude de la myocardite interstitielle et de l'abcès du cœur. — 259. M. Gleize. Etude sur les fistules du sérum maxillaire. — 260. M. Jacquet. De quelques accidents produits par l'abus de la morphine. — 261. M. de Gouyon. Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie aiguë. — 262. M. Chayé. Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. — 263. M. Vakachian. Maladie de Ménière. — 264. M. Bontemps. Mort subite chez les jeunes enfants.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 23 JUIN AU JEUDI 29 JUIN 1882.

Fièvre typhoïde 52. — Variole 22. — Rougeole 33. — Scarlatine 2. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 47. — Dysenterie 0. — Erysipèle 10. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 199. — Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 70. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 22. — Pneumonie 60. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 57. — au sein et mixte 39. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 121. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 63. — de l'appareil digestif 45. — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 4.

Total de la semaine : 1101 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 13 juillet 1882.

REVUE HEBDOMADAIRE.

La dernière séance de l'Académie de médecine, presque entièrement remplie par la lecture de deux longs rapports officiels et par l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie, ne nous laisse comme seul aliment de notre Revue hebdomadaire qu'une courte communication de M. Vidal, d'Hyères, sur le traitement des maladies des organes respiratoires, et en particulier de la phtisie pulmonaire, par les cautérisations ponctuées. M. Vidal vante les bons effets de ce mode de traitement, qui agit à la façon des dérivatifs. Nous nous bornerons, pour notre part, à plaindre le sort qui attend ces médications empiriques de la tuberculose, inspirées par des théories grossières, maintenant que nous sommes à la veille de posséder la solution scientifique de l'énigme et que le tubercule et ses conséquences nous apparaissent comme les ravages d'un microbe, le *bacillus Kochii !*

Nos lecteurs trouveront plus loin une lettre que M. Vignal, attaché au laboratoire de M. Ranvier, nous adresse de Wurzbourg, pour nous faire part et du bon accueil qu'il a trouvé auprès de nos confrères d'outre-Rhin et de tout ce qu'il a appris d'eux sur la meilleure manière de s'y prendre pour observer le fameux *bacillus*. Ceux de nos lecteurs qui se consacrent aux recherches histologiques lui sauront gré de ces derniers détails. Ajoutons qu'on vient d'indiquer tout récemment un procédé qui facilite l'observation du *bacillus* de Koch dans les crachats des phtisiques. Pour cela il suffit d'imbiber d'une solution très diluée de lessive de potasse (1 à 2 gouttes d'une solution à 33 0/0 déposée dans un verre de montre rempli d'eau distillée), des crachats soumis aux manipulations que nous avons indiquées précédemment. Les bâtonnets se voient alors sans difficulté dans la préparation examinée avec un grossissement de quatre à cinq cents diamètres (1).

M. Vignal, qui s'étonne presque de nous voir annoncer avec certaine réserve une découverte accueillie avec tant d'enthousiasme en Allemagne, ne nous accusera pas de mettre la lumière sous le boisseau. Nous souhaitons très sincèrement que la découverte de M. Koch se confirme ; les connaissances qui ont cours sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire s'en arrangeront comme elles pourront. L'essentiel est que l'humanité profite de la découverte, et que la prophylaxie d'une affection aussi meurtrière que l'est la phthisie, dans les grands centres, s'édifie sur des bases solides. Mais que ce ne soit pas là une falacieuse promesse, et qu'elle mette moins de temps à se réaliser que les espérances fondées sur la découverte d'autres microbes dans des maladies infectieuses dont la prophylaxie n'existe encore qu'à l'état de rêve. L'intéressant rapport lu à la dernière séance par M. H. Guéneau de Mussy, au nom de la Commision des épidémies, en fait foi.

E. R.

Pour éviter de confondre le *bacillus* de Koch avec d'autres bâtonnets de même aspect, on enlève le verre recouvrant du porte-objet et on le laisse exposé à l'air jusqu'à ce que sa face inférieure soit devenue bien sèche. On le soumet à un flambage préalable et on dépose sur la préparation une goutte d'une solution diluée de violet d'aniline ; sous le microscope on aperçoit alors les vibrions vulgaires fortement colorés en bleu, tandis que les bâtonnets de Koch se montrent absolument incolores, et sont d'une observation très facile. (CENTRALBLATT *für die medic. Wissensch.*, No 25, 1882).

FEUILLETON

JEAN CAULIER OU COLIER

I.

Préparant une petite monographie sur un chirurgien de la fin du XIVe siècle et du commencement du quinzième qui joua un certain rôle à Paris, comme l'un des membres les plus actifs de la faction cabochienne, Jean ou Jehan (de Troyes) et sur son fils Henry, nous parcourions récemment l'*Inventaire sommaire des Archives départementales de l'Aube antérieures* à 1790. Nous cherchions dans le premier volume quelques documents se rapportant à ces deux « *maistres en chirurgie,* » lorsque notre attention fut attirée par le titre d'une affaire judiciaire qui nous promettait des détails intéressants.

Il s'agissait du procès de maître Jean Caulier ou Colier, médecin à Troyes au seizième siècle, protestant, arrêté, détenu et mis aux fers pour avoir, disait l'entête du document, répandu des livres censurés en 1550 et 1551.

Aussi notre premier soin fut-il de nous adresser à l'obligeance de l'archiviste du département de l'Aube, en le priant de nous faire établir une copie des pièces relatives à Me Colier.

M. Francisque André a bien voulu faire les recherches nécessaires, ce dont nous le remercions vivement ici. Malheureusement un certain nombre des pièces que nous lui signalions ont disparu. Les renseignements qu'il a pu nous fournir sont tirés du *Registre des délibérations capitulaires*, la plus grande partie des archives de l'Officialité ayant péri dans un incendie. « Ce qui nous en reste, ajoute-t-il dans sa lettre, tient dans huit cartons. Quant aux registres de cette juridiction, ils présentent une lacune regrettable pour l'époque qui nous intéresse : les registres des causes manquent pour les années 1545 à 1560. »

Néanmoins les notes ci-dessous, absolument inédites, extraites

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'érysipèle. Conférence clinique faite à l'hôpital Laënnec par M. Nicaise et recueillie par M. Queyrat, interne des hôpitaux.

Nous avons eu dans ces derniers temps un certain nombre d'érysipélateux dans nos salles. Je profite de cette circonstance pour vous parler de l'érysipèle.

Quatre de nos malades ont été successivement atteints de cette affection : cette petite épidémie a eu pour point de départ une jeune fille couchée au n° 11 de la salle Chassaignac. Cette malade, lymphatique, avait été opérée le 23 novembre dernier d'un énorme abcès de la joue : le 12 décembre, elle était prise de frissons avec céphalalgie intens, nausées, vomissements; et de la plaie en voie de cicatrisation partait une plaque érysipélateuse qui envahit la face, le cuir chevelu et se limita á a région cervicale. La guérison fut rapide, et, en somme, cet érysipèle fut très bénin, comme cela s'observe fréquemment chez les personnes jeunes et lymphatiques.

Le second cas s'est montré chez le n° 28 de la salle Malgaigne. Il s'agissait ici d'un homme de soixante-dix-neuf ans, entré pour une fracture du col du fémur. Subitement, le 19 décembre, ce malade se trouva parésié du côté droit et aphasique. Le 23 décembre, quelques excoriations qu'il portait aux narines devinrent le point de départ d'un érysipèle qui, vu l'état général et l'âge du malade, fut rapidement mortel.

Notre troisième érysipélateux est un malade de trente-quatre ans, couché au n° 21 de la même salle. Ce malade présente une véritable diathèse furonculeuse, et, au moment de son entrée à l'hôpital, il avait un énorme antbrax dans le dos et un plus petit au niveau de la région sternale. De plus, il est extrêmement débilité, sans que son état cachectique puisse être rattaché à une lésion viscérale quelconque. Chez lui, le foie, le cœur, les poumons, sont sains ; ses urines, examinées avec beaucoup de soin et à plusieurs reprises, n'ont jamais présenté ni sucre ni albumine. Il s'agit donc probablement là d'une cachexie *a miseria*. Ce malade fut pris, le 31 décembre, au niveau de son antbrax dorsal, d'un érysipèle dont il est actuellement guéri.

Enfin, nous avions, au n° 10 de la salle Chassaignac, une femme de cinquante et un ans, entrée pour une ancienne fracture du cou-de-pied, consolidée en position vicieuse. Au niveau de la malléole interne qui faisait une saillie considérable, existait une petite plaie mal protégée, mal pansée. C'est cette plaie, en apparence insignifiante, qui a été le point de départ de l'érysipèle.

Celui-ci, qui a débuté le 2 janvier, a pu être étudié à chacune de ses étapes. Tout d'abord la malade a accusé une assez vive douleur au niveau de la région inguinale correspondante. En ce point, la pression, fort douloureuse, dénotait la présence de ganglions tuméfiés. Examinée à ce moment, la plaie ne présentait rien de particulier ; une demi-heure après, on commençait à apercevoir sur son pourtour une légère rougeur sans limites précises; la pression à ce niveau était absolument indolente. Peu après éclatait un frisson violent, unique, durant près d'une heure et s'accompagnant de vomissements muqueux.

Et ce n'est qu'après ces trois phénomènes, observés en quelques heures, très nettement accusés dans le cas qui nous occupe, que s'est montrée la rougeur érysipélateuse. Cet érysipèle a rapidement envahi tout le membre inférieur correspondant, les reins, le dos, l'épaule, le cou et s'est compliqué d'une pleurésie gauche avec épanchement abondant, qui a tellement aggravé l'état général que la mort est survenue en peu de jours.

A côté de ces quatre cas d'érysipèle qui se sont succédés dans l'espace de trois semaines, nous vous mentionnerons le cas de ce jeune malade récemment entré au n° 17 de la salle Malgaigne pour une plaie contuse du genou et chez lequel nous avions pensé tout d'abord à une complication érysipélateuse. Il s'agissait seulement d'une lymphangite, ainsi que la suite nous l'a prouvé; mais notez, dès à présent, la très grande difficulté qu'il y a, dans certains cas, à distinguer l'érysipèle de la lymphangite.

L'érysipèle, messieurs, est une complication fréquente des plaies, mais qui est rendue plus rare par l'emploi de la méthode antiseptique, laquelle, cependant, n'en préserve pas absolument.

On a pendant longtemps décrit un érysipèle spontané et un érysipèle traumatique. Cette division tend à disparaître; la plupart des auteurs admettent que dans tous les cas il existe une solution de continuité, une porte d'entrée pour l'érysipèle,

---

littéralement du *Registre des Archives de l'Aube* et copiées pour nous par M. Francisque André, nous ont paru assez intéressantes pour les reproduire textuellement.

II.

Extraits du Registre G 1284 des Archives de l'Aube.

(Délibérations du Chapitre de la cathédrale de Troyes.)

Le 29 mai 1551, délibéré que l'on citera tous ceux qui vivent d'une manière scandaleuse, notamment le curé de Saint-Liébault, Cahuant à Villemaur, Boyan et Royer qui passent pour enseigner d'une manière inaccoutumée, pour se servir de paroles qui ne sont pas chrétiennes, pour lire des livres censurés et condamnés par la Faculté de Paris; il faut que toute communication cesse entre eux et les fidèles.

On ajoute que Caulier, médecin à Troyes, est soupçonné d'avoir une vie impure et de manger de la viande en temps défendu, etc.

Fo 21, vo. — *Contra insolentes... et scandalose viventes ordinatio*

Veneris vigesima nona die mensis maii anni millesimi quingentesimi quinquagesimi primi.

Capitulantibus venerandis circumspectisque viris...... Caulier quoque medicus Trecis commorans, notatus et suspectus de impuritate vité et carnium esu tempore prohibito. Et ideo precati sunt affectuose dominos et promotores et officiales ut vigiles sint et soliciti erga tales per debitam et brevem justiciam.

Le 4 juin, il est prescrit à l'Official de faire une enquête contre Caulier, médecin, et contre Enguerrant, marchand, détenu dans les prisons de l'Officialité. Ils sont accusés d'avoir répandu des livres censurés.

Le 12 juin, délibération relative à l'état des prisons de l'Officialité où Jean Cólier (*sic*), médecin, est lié de chaînes de fer (1).

(1) M. André ne nous a pas envoyé le texte très concis, dit-il, de ces deux délibérations, parce qu'il ne contient aucun détail intéressant.

si bien que les deux érysipèles des anciens, l'un médical, l'autre chirurgical, se confondent aujourd'hui en une seule et même entité morbide.

Qu'est-ce, maintenant, que l'érysipèle? C'est une lymphangite, a-t-on dit. Non, c'est plus que cela : c'est une maladie générale, une maladie *totius substantiæ*, voisine des fièvres éruptives et, comme elles, infectieuse et contagieuse.

Quant à sa nature intime, elle est discutée. Pour quelques auteurs, il s'agirait d'un poison chimique; pour d'autres, et c'est là l'opinion qui tend à s'accréditer aujourd'hui, l'érysipèle est déterminé par la pénétration dans l'économie d'un agent infectieux, d'un microbe, microbe tout particulier qui a été vu et décrit, qui existe dans le liquide des phlyctènes érysipélateuses.

Ce qu'il nous faut surtout retenir au point de vue pratique, c'est que l'érysipèle est une maladie infectieuse, une maladie contagieuse, d'où des déductions thérapeutiques et prophylactiques du plus haut intérêt.

Ainsi que nous vous l'indiquions tout à l'heure, plusieurs pathologistes ont considéré l'érysipèle comme une lymphangite. Nous ne partageons pas cette opinion. Evidemment c'est l'élément lymphatique qui est de beaucoup le plus touché dans l'érysipèle, mais cela tient à ce que c'est par la voie lymphatique que s'effectue très probablement la pénétration dans l'organisme du germe infectant. D'autre part, dans l'érysipèle, la rougeur est plus diffuse, la peau est plus atteinte dans son ensemble ; en un mot, la lésion est moins systématisée que dans la lymphangite. Si l'on examine le derme, on le trouve infiltré de leucocytes et d'hématies.

Les *causes* de l'érysipèle sont : les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, il faut avant tout une solution de continuité, si minime qu'elle soit.

Les femmes seraient, d'après les auteurs, particulièrement exposées aux érysipèles ; dans les quatre cas que nous venons d'observer, nous trouvons deux hommes d'une part, deux femmes de l'autre.

L'âge adulte doit aussi être invoqué comme cause prédisposante ; on sait, en effet, que l'érysipèle est rare et peu grave chez les enfants et les jeunes gens.

Les maladies antérieures, le mauvais état général du sujet, jouent également un rôle incontestable dans la pathogénie de l'érysipèle. Les affections rénales y prédisposent tont spécialement; réciproquement l'érysipèle, dans certains cas, détermine une lésion du rein qui se révèle par de l'albuminurie.

Un point très important dans le chapitre de l'étiologie, point sur lequel a insisté M. Gosselin, est l'influence des saisons, ce qu'on appelait autrefois la constitution médicale. C'est rarement par les froids secs ou les grandes chaleurs que se montrent les érysipèles. C'est au printemps, à l'automne, qu'on les observe surtout. Aussi, dans ces dernières semaines (décembre et janvier), où nous avons eu une température douce avec une atmosphère humide, le nombre des érysipèles a-t-il été assez considérable.

Quant à la cause occasionnelle de l'érysipèle, c'est la pénétration dans l'économie de l'agent infectant.

L'évolution de l'érysipèle comprend trois périodes : période de début, période d'état, période de terminaison. A ces trois périodes, on pourrait en ajouter une quatrième, ou période d'incubation, comprenant le temps qui s'écoule entre le moment où l'organisme est infecté et le moment où apparaît l'érysipèle.

Malheureusement cette période d'incubation est à peu près impossible à préciser. Seul Pfleger aurait, paraît-il, pu la constater dans deux cas, et, d'après cet auteur, cette incubation aurait été, dans l'un, de douze heures, dans l'autre de trente-six heures.

Le début de l'érysipèle est lui-même assez difficile à bien établir. Toutefois, et cela a été le cas pour notre n° 10 de la salle Chassaignac, on peut, dans quelques circonstances, prendre, pour ainsi dire, la maladie sur le fait ; alors on observe, comme phénomène initial, une tuméfaction douloureuse des ganglions correspondants à la région que va envahir l'érysipèle. C'est ce que Chomel appelait *l'engorgement prémonitoire de l'érysipèle*. Lorsque l'érysipèle a pour point de départ une surface suppurante, on peut voir la plaie se dessécher ou, dans d'autres cas, devenir plus rouge ou encore douloureuse.

Bientôt survient un frisson, véritable épisode dramatique. Ce frisson est intense, violent, prolongé ; le malade claque des dents. De plus, à l'inverse de ce qui s'observe dans la septicémie, dans l'infection purulente, ce frisson est unique : il rappelle le *frisson pneumonique*.

Enfin apparaît, au niveau de la solution de continuité, une plaque rouge, rosée, quelquefois bronzée, et, dans ce dernier cas, il n'est pas rare que la pression du doigt mette en évi-

---

Le 19 juin, l'Official est invité à faire bonne et brève justice de Jean Caulier.

F° 25, r°. — *Ad expeditionem processus J*. *Caulier incarcerati.*

Veneris decima nona mensis junii.....

De magistro Joanne Caulier medico, detento in compedibus ferreis, faciat dominus Officialis bonam et brevem justiciam, prout bené intelligit et doctus est per testium examinationem et confrontationem.

Dans l'intervalle, notre chirurgien se révolte contre ses geôliers, et le 28 août le concierge de la prison se plaint d'avoir été battu par Jean Colier (*sic*).

F° 33, r°. — *Conquestio custodis carcerum commissi pro magistro J*. *Colier.*

Veneris vigesima octava die mensis augusti.....

Comparens commentariensis seu carcerum custos episcopatus trecensis et presentim pro custodia magistri Joannis Colier conquestus est quod dictus Colier eum verberavit, precans ut domini alium committere velint. Cui responsum extitit quod eum domini non commiserunt; quapropter dirigat se ad dominum Officialem aut eos qui eumdem commiserunt ut fama est preterea quod ancilla quedam in ministerio dicti Colier destinata ferre et referre non cessat literas ad uxorem et amicos exhibuitque hic tres legendas ad uxorem, locumtenentem criminalem et dominum *de La Chapelle*, in quibus dicit et declarat recusasse dominum Officialem et nunc judices suos esse dominos hujus ecclesie et sancti Urbani decanos, quos precati sunt domini ut velint onus accipere et causam recusationis omni alio cessante impedimento expedire.

Le 4 septembre, Jean Colier demande que son procès se fasse de vive voix et non par écrit ; le 16 du même mois il renouvelle sa demande.

F° 35, v° *Querimonia et requesta magitri Jo. Colier.*

Mercurii decima sexta die mensis septembri.....

Rursus magister Joannes Colier, carcere detentus, porrexit requestam scripto contumeliis fermé plenam et non sine domini officialis et custodis carcerum suggilatione, de quibus ordinaverunt domini informandum.

dence une tache ecchymotique. La cause de ces différences de coloration est assez mal connue. La coloration bronzée était considérée par Velpeau comme l'indice d'un érysipèle grave; elle tient à une extravasation plus considérable de globules rouges d'où l'explication de la teinte ecchymotique de la peau.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE.

BACTÉRIES DU TUBERCULE.

« Wurzburg (Bavière), le 22 juin 1882.

« Monsieur le Rédacteur en chef,

« Dans un article paru dans votre excellent journal le 10 juin dernier, il est dit, en parlant de la découverte par M. Koch des bactéries du tubercule : « Nos histologistes français ne manqueront pas de contrôler ces assertions, faites pour inspirer de l'étonnement. » En effet, depuis si longtemps que des histologistes distingués étudient les tubercules, aucun n'avait entrevu les bactéries trouvées par M. Koch, en effet ce n'est pas la *monadine* de Klebs, ni le *micrococcus* de Schüller, ni le *monas tuberculatum* de Toussaint, ni le *bacillus* d'Aufrecht, mais un bacillus spécial se rapprochant de celui de la lèpre découvert par Hansen en 1880, ayant la forme d'un bâtonnet allongé, d'une longueur de 2 à 7 μ, d'une épaisseur très minime, renfermant 2 à 4 points clairs, dits spores régulièrement espacés.

« Grâce à l'amabilité de M. Rindfleisch, j'ai pu voir les bactéries du tubercule, et le savant professeur de Wurzburg poussa même la bonté jusqu'à faire sous mes yeux les manipulations qui permettent de les voir avec la plus grande facilité. Je vous les décrirai ici avec une scrupuleuse exactitude, pour que les préparations puissent être facilement faites par les histologistes qui en auront le désir.

« D'une manière générale la méthode suivante est celle de Ehrlich (1), assistant de Koch ; mais M. Rindfleisch l'a modifiée et complétée dans plusieurs points.

« Nous supposerons que nous avons à traiter soit des crachats tuberculeux, soit les produits de raclage d'un tubercule.

« On commence à les étendre en une couche mince à la surface d'une lamelle, ce qu'on fait facilement en plaçant un peu de matière entre deux couvre-objets, qui, après avoir été légèrement pressés ensemble entre les doigts, sont séparés en les faisant glisser l'un sur l'autre.

« Les couvre-objets sont ensuite chauffés légèrement pendant quelques secondes au-dessus d'une flamme de gaz, ou mieux, mis pendant quelque temps dans une étuve portée à 100° ou 120° (la chaleur coagule l'albumine).

« Les couvre-objets chargés de matière séchée sont ensuite portés dans une solution alcaline de fuchsine soluble seulement dans l'alcool ou dans du violet de méthyl-aniline préparé de la manière suivante. A quelques centimètres cubes du liquide qu'on obtient en filtrant sur du papier humide un mélange, agité pendant quelques minutes, de 5 parties d'huile de paraffine (phénylamine) et de 4 parties d'eau distillée, on ajoute quelques gouttes de la solution concentrée de fuschine ou de méthylaniline.

« Le godet, recouvert d'une lame de verre, contenant la solution et les couvre-objets, est ensuite mis pendant une demi-heure dans une étuve chauffée à 100 degrés.

« Au bout de ce temps, les lamelles égouttées sont lavées, pendant quelques secondes, dans de l'eau contenant 2 à 3 pour 100 d'acide azotique (1), puis dans l'eau distillée, et la préparation, après avoir été montée, soit dans une solution de gomme dans la glycérine à laquelle on ajoute un peu d'acide arsénieux pour éviter le développement des champignons, soit après avoir été séchée avec soin et éclaircie par l'huile de girofle, dans le baume ordinaire est examinée à l'aide d'un éclairage d'Abey et d'une immersion homogène.

Les coupes de tubercules, qui devront être très minces et faites sur des pièces durcies uniquement dans l'alcool, sont traitées avec les modifications convenables par le même procédé.

Si on ne prolonge pas trop le bain d'acide azotique, le fond de la préparation reste légèrement vert ou bleu avec la fuchsine, jaune lorsqu'on s'est servi du violet de méthyle ; dans les deux cas, et même lorsqu'on décolore fortement la préparation, les bactéries apparaissent fortement colorées en rouge ou bleu-violet très intense.

Ce procédé est plus expéditif et plus sûr que celui de Koch, qui, me dit-on, a abandonné le sien pour employer présentement uniquement ce dernier.

« En tout cas, voilà celui de Koch, je vous le donne exactement.

(1) Deutsche Med. Wochensch., n° 19, 1882.

(1) L'acide décolore les tissus en formant des sels incolores avec la fuchsine et le violet de méthyle, mais les bactéries ne se laissent pas pénétrer par les acides, tandis que les alcalis le font facilement.

Le 8 octobre, le chapitre nomme des commissaires pour visiter la prison de Jean Colier, d'autres pour le juger.

Le 14 octobre, le concierge de la prison dit qu'il ne pourra seul garder Jean Colier, si l'on permet à ce dernier de se promener dans la cour de l'évêché.

Fo 38, vo *Conquestio custodis carcerum.*

Mercurii decima quarta die mensis octobris....

Conquestus est iterum custos carcerum Coyan non posse solus et absque juvamioe reducere magistrum Joannem Colier in carcerem quando exierit spaciatum in corte domus episcopalis et indulgentia; qui étiam hodie petivit per magistrum *Nicolaum de Rothiere* audientiam verbalem, quemquidem remiserunt ut jampridem ad judices.

Ibid. *Requesta Colier ad judices.*

Veneris decima septima die mensis octobris....

Requestam Colier remiserunt ad judices quia nihil supra eos attentare volunt (1).

(1) Cette pièce, très courte, n'est pas signalée dans l'*Inventaire des Archives départementales de l'Aube.*

Nous arrivons enfin aux 26 et 27 octobre 1551, où ont lieu les délibérations sur la remise au bras séculier de Jean Colier, qui refuse d'abjurer.

Fo 40, vo *Commissarii ad laicos et regios judices pro causa Jo. Colier relicti brachio seculari.*

Martis vigesima sexta die mensis octobris.....

In causa Colier commiserunt ad officiarios regis judices laicos significaturos cum promotore et grapbario ut velint acceptare dictum Colier condemnatum qui noluit abjurare propositiones hereticas et multa in processu contenta de quibus convictus fuit ; et quando opus fuerit sumant duos notarios ut hodie, vel ut plurimum cras, veniant ad querendum et capiendum dictum Colier cum protestationibus debitis.

Apponenti novi custodes pro tutiori custodia.

Quod si noluerint venire (nam eis jam significatum fuit ut fama est) apponantur saltem, pro nocte sequenti, tot et tanti custodes eidem bene constricto et retruso ut non habeat uusam aut occasionem evadendi.

Les coupes ou les lamelles chargées de matière desséchée à la flamme sont plongées dans un liquide formé de 200 cg. *d'eau distillée*, 1 centigr. d'une solution concentrée de *bleu de méthyline* dans l'alcool, 0,2 cg. d'une solution à 10 pour 100 de *potasse caustique* dans l'eau, où ils restent 24 heures si on ne les chauffe pas au bain-marie, une heure à une demi-heure dans ce cas; les préparations sont arrosées par quelques gouttes d'une solution concentrée de *vésuvine* dans l'eau. Les préparations sont ensuite lavées rapidement à l'alcool absolu et montées dans le baume.

« Avec ce mode de préparation, les *bacillus* sont colorés en bleu foncé et les éléments histologiques en brun clair.

« Veuillez agréer, monsieur, l'expression de ma parfaite considération,

« W. VIGNAL. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 juin 1882. — Présidence de M. JAMIN.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE SUR LA MATIÈRE COLORANTE ROUGE DU SANG ET SUR L'HÉMATOSINE, par M. A. BÉCHAMP.

Le sérum du sang de bœuf, bien débarrassé du microzymas et d'hématies par une filtration soignée sur un filtre garni de sulfate de baryte, ne dégage pas d'oxygène de byoxyde d'hydrogène. Aucun des principes immédiats du sérum ne possède donc, à cet égard, la propriété de la fibrine.

Mais la solution rouge que fournissent les globules, séparés du sang défibriné par le sulfate de soude, avant ou après la filtration par le filtre garni de sulfate de baryte, dégage de l'oxygène; en même temps la matière se décolore. Dans ces conditions, le dégagement d'oxygène ne pouvant plus être attribué aux microzymas ni aux globules, j'ai recherché quelle est la substance qui, parmi les matériaux solubles du globule rouge, opère la décomposion. C'est la matière colorante rouge et, dans celle-ci, l'hématosine. Il importait de mettre ces faits hors de doute.

J'ai publié (1) un procédé de préparation de la matière colorante rouge de sang de bœuf qui la fournit à l'état soluble et certainement dépourvue de toutes traces de particules organisées, puisque, en dernière analyse, on l'extrait, par voie de réaction chimique, de la combinaison qu'elle forme avec l'oxyde de plomb. De plus, j'ai montré (1) que la matière ainsi obtenue pouvait être exactement dédoublée en hématosine et en une matière albuminoïde incolore. Dans ces conditions, on peut dire que l'hémoglobine et l'hématosine sont des principes immédiats absolus, ne conservant plus rien de l'organisation des tissus d'où ils proviennent. Or ils dégagent l'oxygène du bioxyde d'hydrogène, et paraissent ainsi faire exception à l'une des lois que Thenard aurait pu déduire de ses observations. Il n'en est rien, l'exception n'est qu'apparente, car le phénomène n'est pas simple, du moins aussi simple que lorsqu'il s'agit de la fibrine. En effet, le dégagement d'oxygène est, avec l'hémoglobine et avec l'hématosine, corrélatif d'une absorption d'oxygène et d'une réaction profonde.

ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE SUR L'HÉMOGLOBINE. — Soit une eau oxygénée dégageant par le bioxyde de manganèse 10cc,5 d'oxygène par centimètre cube. Si dans un tube gradué on introduit sur le mercure 10cc de la solution d'hémoglobine, contenant, par exemple, 0gr,338 de matière et 3cc d'eau oxygénée, on constate aussitôt un dégagement de gaz; le volume d'oxygène obtenu (sans trace appréciable d'acide carbonique) en vingt-quatre heures n'a été que de 26cc.

Dans une autre expérience, on a employé 10cc, de la même solution d'hémoglobine et 4cc d'eau oxygénée. Dans l'espace de trois quarts d'heure, il s'est dégagé environ 30cc d'oxygène, et 34cc en vingt-quatre heures.

Dans l'une et l'autre expérience il y a donc une perte d'oxygène. Or, dans les deux cas, la liqueur se décolore, et il se sépare une matière coagulée jaunâtre.

Lorsque, dans ces opérations, on n'emploie pas un trop grand excès de bioxyde d'hydrogène, le peroxyde de manganèse ne dégage plus d'oxygène du liquide de la réaction.

Ce qui distingue surtout l'hémoglobine de la fibrine et des tissus qui agissent comme elle, c'est qu'on peut la coaguler par l'alcool ou par la chaleur et la chauffer ensuite, sèche, à 120o, sans lui faire perdre la propriété de décomposer l'eau oxygénée et de se décolorer.

J'ai dit que le phénomène était corrélatif d'une réaction profonde. En effet, aussitôt que la réaction commence, le mélange se trouble et il se sépare un corps jaunâtre qui se réunit en épais flocons; la liqueur que l'on sépare de ces flocons est complexe, elle contient une substance albuminoïde incolore, coagulable par la chaleur et

(1) *Comptes rendus*, t. LXXVIII, p. 850, et *Annales de chimie et de physique*, 5e série, t. III, p. 340.

(1) *Mémoires sur les matières albuminoïdes*, communiqué à l'Académie.

Pergat Colombel in custodia.

Nec custos carcerum Coyan seu Colombel est audiendus querens, propter, ut dixit, injurias sibi illatas, exonerari a custodia. Quonam enim pacto possent nunc illico et tam cito invenire et providere de alio? Et ideo pergat et sit cautus et vigilans in custodia credita.

Fo 40, vo *Rursus de processu Colier remittendi ad laicos.*

Mercurii vigesima septima die mensis octobris, in festo beatorum apostolorum Simonis et Jude a vesperis...

Quia dominus Belin, locumtenens particularis domini baillivi Trecensis, noluit acceptare Colier condemnatum et remissum ad brachium seculare nisi ambo judices Jaquoti sed et inquisitor fidei presentes fuerint, ordinaverunt ut die crastina compareant et jubeant carceres aperiri et in manus laicorum judicum tradatur quia judices ecclesiastici functi sunt officio et lata est sententia et nihil amplius attentare possunt, comprecantes dominos Colet officialem, Simonnet promotorem et alios practicos peritos ut scripto et summarie dent instructionem quomodo procedere tuto poterunt in tali et tam arduo negocio.

VARÉLE.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 28 février 1882, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 15 novembre 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Vincent (E.-J.) est institué pour dix ans chef des travaux anatomiques.

CONCOURS DES ACCOUCHEURS. — Le concours pour la nomination à quatre places d'accoucheurs du Bureau central s'est terminé samedi par la nomination de MM. Budin, Porak, Pinart et Ribemont.

par l'alcool, tandis que la portion non coagulée contient une matière albuminoïde soluble dans l'alcool, etc. La matière, qui devient insoluble pendant l'action de l'eau oxygénée et qui est jaunâtre, m'a paru contenir tout le fer de l'hémoglobine. J'ajoute que, si l'on opère sur des masses assez grandes, on peut constater un dégagement de chaleur, même avec l'eau oxygénée assez étendue que j'ai employée.

ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE SUR L'HÉMATOSINE. — L'hématosine très claire et très pure, telle qu'on l'obtient par le procédé que j'ai décrit, décompose l'eau oxygénée avec beaucoup d'intensité. La matière se décolore ; il se produit également une absorption d'oxygène. Dans une expérience faite avec la même eau oxygénée que ci-dessus, 4cc n'ont dégagé que 28cc d'oxygène, sur 42cc que le bioxyde de manganèse en aurait produits.

L'hémotosine qui a été dissoute par la potasse et reprécipitée par l'acide acétique agit comme l'autre et se décolore pareillement.

Il faut beaucoup plus de bioxyde d'hydrogène pour décolorer l'hématosine que le même poids d'hémoglobine.

L'hématosine est détruite, puisqu'il y a décoloration, et il paraît se former des produits solubles. Je déterminerai comment le fer se partage parmi les produits qui se forment.

ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE SUR LA MATIÈRE BLANCHE DU DÉDOUBLEMENT DE L'HÉMOGLOBINE. — Elle paraît extrêmement faible; dans vingt-quatre heures, dans les mêmes circonstances que ci-dessus, elle n'a dégagé que 4cc d'oxygène.

En résumé : 1º l'hémoglobine et l'hématosine se comportent au contact de l'eau oxygénée comme des corps oxydables ; quant à l'oxygène dégagé, il l'est corrélativement ; c'est ce que Thenard avait constaté pour certains principes immédiats végétaux ; c'est ainsi qu'il a vu le sucre et l'amidon dégager de l'acide carbonique et de l'oxygène à la fois quand il employait de l'eau oxygénée concentrée.

2º Il est clair que le sang contient deux causes de décomposition à l'égard de l'eau oxygénée, les mycrozymas et l'hémoglobine. Or M. Dumas a vainement recherché l'eau oxygénée dans le sang ; j'imagine que personne ne sera plus habile que l'illustre chimiste ; puisque, si elle se forme, c'est pour être aussitôt utilisée et produire les transformations dont celles que je viens de faire connaître ne sont sans doute que l'image.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. DECROIX, vétérinaire principal en retraite, adresse à l'Académie une note intitulée : *Neuf cas de guérison de la rage*, et dont voici les conclusions :

1º Il est démontré expérimentalement que la rage peut guérir spontanément ;

2º Jusqu'à ce jour, aucun traitement n'a fait ses preuves antirabiques, et les cas de guérison attribués à tel ou tel médicament peuvent aussi bien être attribués aux efforts de la nature ;

3º Tous les moyens empiriques ou rationels essayés par le Comité de la rage depuis 1874, y compris les injections d'azotate de pilocarpine, ont plutôt hâté que retardé le moment de la mort des sujets ;

4º Les chiens qui ont guéri, ayant été laissés dans le calme, et les médicatinns provocant généralement des accès épuisants, il y a indication dans l'état actuel de nos connaissances, de laisser les hommes enragés dans le plus grand calme, réservant les expériences pour les animaux.

5º L'émoussement des dents du chien, opération facile et peu douloureuse, est encore le préservatif le plus efficace contre la propagation de la rage ;

6º Les sujets enragés laissés dans l'obscurité et le calme n'ont point des accès aussi épouvantables, à beaucoup près, que s'ils sont irrités par les provocations et les médications ordinaires, et, en ce qui me concerne, je préférerais être atteint de la rage que de bien d'autres maladies, et, en particulier, du *chancre rongeur des fumeurs*.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie. Sur 86 votants, majorité absolue : 44.

M. Gariel obtient	57 suffrages.
M. Javal.........	5 —
M. Onimus.......	3 —
M. G. Bouchardat	2 —
M. Hardy........	1 —

M. Gariel, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

M. VIDAL, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères, fait une communication intitulée : « De la multiplicité des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires. »

Le traitement consiste à faire, au moyen du cautère Paquelin, sur la partie malade, des cautérisations aussi peu profondes et aussi multipliées que possible ; les pointes de feu doivent dépasser les parties malades, être espacées de 15 à 20 millimètres, et répétées tous les deux ou trois jours.

Trois effets différents : 1· sur la peau ; 2· sur les organes de la respiration ; 3· effets généraux.

1· Sur la peau on remarque de la rougeur, de la chaleur et de l'horripilation ; ces phénomènes ne sont quelquefois pas limités aux parties touchées. M. Vidal cite l'exemple d'une malade dont la peau rougissait et s'horripilait sur tout le thorax, bien loin des parties touchées. Tout le système nerveux est donc mis en mouvement par ce traitement.

2· Sur les organes de la respiration — effets décongestionnants et surtout arrêt presque instantané de certaines hémoptysies — M. Vidal a pourtant échoué dans un cas, et le malade a succombé malgré tout.

3· Effets généraux. — Les grandes fonctions s'accomplissent de mieux en mieux au bout de peu de séances ; les forces reviennent, et un malade comparait l'effet produit par cette petite série de feu à celui d'une douche.

Les cautérisations ponctuées agissent-elles en activant la nutrition des organes ? Agissent-elles par action réflexe ou par ces deux causes réunies ? Mystère ; mais il est certain que sous leur influence les organes se décongestionnent, ce qui fait prévoir que sous peu on les emploiera pour combattre les maladies congestives des organes importants de l'économie.

Sur 44 rachitiques malades soumis en 1881-82 à ce traitement, on compte 3 morts, 2 n'ayant pas pu continuer, 2 stationnaires, 1 partant dans un état plus grave. 23 sur ces 44 malades étaient déjà porteurs de cavernes, 36 sont partis largement améliorés ; 18 malades avaient eu des hémoptysies graves, 10 n'en ont plus eu cet hiver ; chez les 8 autres qui ont eu des hémoptysies, les crachements de sang ont pu être arrêtés par les cautérisations multipliées.

— M. PROUST donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, du rapport annuel sur le service des eaux minérales en France pendant l'année 1880.

— M. HENRI GUÉNEAU DE MUSSY donne lecture, au nom de la commission des épidémies, du rapport annuel du service des épidémies pour l'année 1881.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

Ligature de la carotide externe. — M. FARABEUF, à l'occasion du procès-verbal, revient sur l'observation de M. Dubreuil et examine quel est le lieu d'élection de la ligature de la carotide externe. Ce point a déjà été indiqué, il y a une vingtaine d'années, par M. Guyon, qui le place dans un segment compris entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale. Ce segment a une étendue de 10 à 12 millimètres environ. Dans ce point il est souvent difficile de trouver l'artère, et les points de repère ne sont pas certains. M. Farabeuf en indique un nouveau qui n'a pas encore été mentionné par les auteurs, c'est la grande corne de l'os hyoïde; ce point de repère est plus certain que les autres dont on a coutume de se servir, et qui sont souvent peu faciles à trouver. L'os hyoïde est superficiel, il est *tangible;* et sa grande corne répond directement à la carotide externe; en outre l'extrémité de cette grande corne est située exactement au lieu d'élection de ligature indiqué plus haut, c'est-à-dire entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale.

M. DESPRÉS a fait une fois sur le vivant la ligature de la carotide externe, et il ne connaît pas d'opération plus facile, en se servant du procédé de Malgaigne. Il faut chercher la corne de l'os hyoïde, qui formera le milieu de l'incision, puis on incise la gaine du sterno-mastoïdien, on écarte ce dernier muscle et l'on tombe sur l'artère.

M. TILLAUX considère cette opération comme une des plus difficiles. L'os hyoïde est un nouveau point de repère qui pourra certainement faciliter l'opération. Mais le point de repère le plus important, c'est l'existence des collatérales, car l'os hyoïde est mobile et peut se déplacer; aussi M. Tillaux conseille-t-il de ne pas placer le fil avant d'avoir vu une collatérale, car la grande difficulté est de savoir si l'on tient la carotide interne ou la carotide externe.

M. LE DENTU donne une grande importance à l'incision superficielle; les auteurs n'indiquent pas suffisamment qu'il faut commencer cette incision très haut; pour lui, il empiète toujours sur la région parotidienne, sans ouvrir la loge de la glande. La présence de quelques ganglions gêne parfois, et M. Le Dentu en extirpe toujours un ou deux lorsqu'ils sont trop gros, en ayant soin de jeter une ligature sur leur hile.

M. VERNEUIL a fait trois fois la ligature de la carotide externe sur le vivant; le meilleur procédé est celui de Guyon; mais la chose la plus importante est d'avoir une plaie exsangue, et il n'hésite pas à couper les veines entre deux ligatures. Il est d'avis d'éviter autant que possible d'enlever les ganglions lymphatiques, car cela peut occasionner des hémorragies veineuses graves.

— M. MOUCHET (de Sens) lit une observation d'élongation du nerf dentaire droit pour une névralgie rebelle du trijumeau, suivie de guérison. Il lit une autre observation d'expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi vésico-vaginale.

— M. POLAILLON présente un malade auquel il a fait l'extirpation totale du calcanéum pour une nécrose de cet os. La reproduction de l'os s'est faite presque complètement, et le malade peut marcher et courir sans aucune claudication.

M. LE DENTU fait remarquer que ce cas vient confirmer la règle et que les reproductions du calcanéum ne peuvent avoir lieu que si le malade n'a pas dépassé la vingtième année; c'est entre dix et quinze ans que cette opération réussit le mieux.

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 16 mars 1882 — Présidence de M. THULIÉ.

M. DE UJFALVY rend compte de son voyage dans l'Himalaya occidental (le Koulon, le Cachemire et le petit Thibet). Quelques détails peuvent présenter de l'intérêt au point de vue médical.

Relativement au *mal des montagnes*, M. de Ujfalvy rapporte qu'il a éprouvé quelques accidents entre 3,000 et 4,500 mètres d'altitude. Il a vu notamment se produire une exsudation sanguine à l'épaule, au-dessous de la bandoulière de son fusil, sans qu'il y eût la moindre écorchure. Mme de Ujfalvy, au contraire, qui voyageait à cheval, comme son mari, n'a pas éprouvé le mal des montagnes.

M. de Ujfalvy a observé aussi ce fait curieux, c'est qu'un Tamoul venant de Bombay, et à peine vêtu, n'a pas eu froid dans les régions élevées de l'Himalaya, tandis que les voyageurs qu'il accompagnait étaient obligés de se couvrir chaudement. Il paraîtrait que les individus qui viennent d'un climat chaud dans un climat froid supportent mieux les basses températures que les habitants des contrées froides.

Les rapports médicaux sur la campagne de Russie constatent que les soldats du Midi présentaient plus de résistance au froid que les soldats originaires du Nord de la France et de l'Allemagne.

Séance du 6 avril.

M. de MEREJKOWSKY, de Saint-Pétersbourg, a étudié au laboratoire de Broca un nouveau caractère anthropologique tiré de la morphologie du squelette du nez.

On sait que le rapport de la largeur maxima de l'orifice nasal du crâne à la longueur totale du nez mesurée de la suture nasofrontale au bord inférieur de l'échancrure nasale, rapport connu sous le nom d'indice nasal, fournit un des meilleurs caractères anthropologiques pouvant servir de base à la classification des races humaines. Broca divisait les races, sous ce rapport, en leptorrhiniennes (nez long), mésorrhiniennes et platyrhiniennes (nez large).

M. de Merejkowsky a étudié la saillie que forment les os propres du nez relativement à leur largeur, et il s'est servi pour cette étude assez minutieuse (car les lignes à mesurer sont très petites), d'un instrument très ingénieux et très précis. Il a mesuré la largeur et la proéminence des os nasaux au niveau de la racine du nez. En supposant la largeur égale à 100, la proéminence acquiert les valeurs suivantes dans diverses races :

Nombre de crânes. (masculins)	Race.	Indice de la racine du nez.
88	Race blanche	54,5
22	Polynésiens	49,5
19	Américains	48,0
37	Mélanésiens	41,9
16	Mongols	40,5
20	Malais	31,3
31	Nègres	25,6

Ce caractère paraît différencier non seulement les grands embranchements de l'humanité, mais encore les divisions secondaires.

Ainsi, dans la race blanche, les Celtes brachycéphales sont très distincts, par ce caractère nasal, du type Kymri dolichocéphale. Les Auvergnats, qui appartiennent à la race celtique, ont un indice de 51,8 seulement, tandis que les Français appartenant au type Kymri ont un indice de 59,6; les Hollandais et Frisons, un indice de 58,6.

Dans chaque race, les femmes ont généralement la racine du nez plus aplatie que les hommes, et cet aplatissement est plus prononcé encore que chez les enfants.

— M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce la fondation d'une Société d'Anthropologie à Bruxelles. Le bureau de cette Société est ainsi constitué pour l'année courante : M. Vanderkindere, président ; MM. Héger et Janssens, vice-présidents ; M. Jacques, secrétaire.

L. MANOUVRIER.

BIBLIOGRAPHIE

MALADIES PAR RALENTISSEMENT DE LA NUTRITION. — Cours de pathologie générale professé à la Faculté de médecine pendant l'année 1879-1880 par M. CH. BOUCHARD. — Recueilli et publié par le docteur H. FRÉMY.

L'anatomie pathologique arenouvelé les bases de la médecine en créant pour la plupart des maladies un substratum matériel, une lésion d'organe, d'où procédait toute la maladie aussi bien dans son essence que dans ses manifestations symptomatiques. Le microscope aidant, on a reculé les limites de la lésion et poursuivi jusque dans les éléments anatomiques l'état morphologique anormal dont on faisait, à juste titre, le pivot du trouble morbide. La *lésion de forme* a régné presque sans conteste jusqu'à l'époque actuelle, et toute notre génération médicale semble entraînée dans la recherche de ces modifications matérielles de l'élément anatomique qui conditionnent la maladie.

Or, voilà que M. le professeur Bouchard, dans un livre que l'on peut considérer, sans contete, comme l'une des œuvres de synthèse médicale les plus remarquables de notre époque, recule les limites du problème, et, devançant l'état lésionnal, envisage les *altérations du mouvement nutritif*. Celles-ci sont, en effet, le premier acte obligé d'un grand nombre d'états morbides qui peuvent aboutir ou non à une altération de forme des cellules organiques; or, que les perversions, les accélérations, les ralentissements de ce que les Allemands appellent le « *Stoffwechsel*, » répondent ou non à une adultération chimique de ces cellules, il est hors de doute qu'ils exerceront sur leur fonctionnement une modification qui retentira sur leur composition et sur celle des humeurs.

Ainsi, tantôt une plus grande quantité d'oxygène deviendra nécessaire pour des combustions plus actives, tantôt, au contraire, ces dernières seront ralenties, modifiées, et ce ne seront plus les principes normaux de la désassimilation qui viendront, dans leurs rapports habituels, se présenter aux émonctoires. Passager, ce trouble peut n'être pas nuisible; prolongé, il provoque la maladie; permanent, il engendre la maladie chronique ou la succession des paroxysmes aigus.

Cette manière d'être de la nutrition établit un lien entre des maladies différentes, mais simultanées. Ce trouble permanent des mutations nutritives, les cliniciens et les pathologistes l'ont dénommé depuis longtemps sans pouvoir cependant le définir d'une manière précise, ou plutôt sans pouvoir dégager sa définition des préoccupations doctrinales de l'époque; l'école de Paris l'appelle la *diathèse ;* l'école de Montpellier, avec Barthez, F. Bérard et Lordat, le caractérise par le mot *affection.*

Donc, M. le professeur Bouchard, se basant sur ses notions fécondes, établit la signification de la diathèse, et montre ce qu'elle est dans ses effets et dans son mode d'activité. Si hardi que puisse paraître le mot, c'est un trouble vital.

Aux maladies qui reposent sur une *lésion de forme*, les chimistes avaient ajouté déjà celles qui sont produites par une *lésion de composition élémentaire ;* M. Bouchard constitue aujourd'hui un nouveau groupe qui doit prendre place entre les deux précédents : les maladies par *lésion vitale.*

Parmi ces dernières, il est une famille naturelle, reconnaissant pour cause une modification nutritive commune, c'est le *ralentissement de la nutrition.*

L'oxalurie, la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète, la gravelle, la goutte, le rhumatisme, l'asthme et la migraine sont autant d'états morbides unis entre eux par ce lien commun d'étroite parenté.

L'un des premiers actes de l'insuffisance des actes nutritifs, c'est l'*accumulation des acides*, créant les dyscrasies acides dont sont justiciables un grand nombre d'états pathologiques, disparates au premier abord ; en effet, il faut réunir dans la même classe l'ostéomalacie, certaines dyspepsies, l'oxalurie, certaines éruptions eczémateuses, furonculeuses, ecthymateuses.

Mais ce ne sont pas seulement les acides qui peuvent se soustraire aux oxydations ; les graisses, les sucres, les albuminoïdes peuvent aussi se trouver dans ce cas.

L'association de l'insuffisance de combustion des acides et des graisses est le trouble nutritif qui prépare la *lithiase biliaire*. En effet, pour que la cholestérine reste dissoute dans la bile, cette dernière doit renfermer peu de cholestérine, peu d'acides organiques, peu de chaux, beaucoup d'acides biliaires qui dissolvent la cholestérine, beaucoup de soude et de potasse. Si la cholestérine se forme en exces ou n'est pas suffisamment comburée, si une production exagérée d'acides vient saturer l'alcalinité du sang d'où procèdent toutes les autres alcalinités et dissoudre la chaux des éléments anatomiques pour l'introduire dans la bile, si les acides biliaires diminuent, la cholestérine se précipitera dans les voies biliaires. Une condition mécanique, la stagnation biliaire et la concentration du liquide par résorption, pourront aboutir au même résultat.

Le défaut de combustion des graisses, bien plus que l'ingestion exagérée de celles-ci, conduit à l'*obésité ;* elle peut provenir soit d'une élaboration défectueuse des graisses alimentaires, soit d'une désassimilation exagérée de la substance azotée en présence d'une quantité d'oxygène qui n'augmente pas en proportion. Cette seconde forme d'obésité est de beaucoup la plus rare. Ici la clinique et la pathologie générale peuvent s'appuyer sur les remarquables expériences de Pettenkoffer et de Voit; dans l'obésité ordinaire, la température s'abaisse, l'exhalation d'acide carbonique diminue, l'urée faiblit, toutes preuves de l'insuffisance générale des oxydations envisagées dans leur ensemble. Or les auteurs que je viens de citer peuvent maintenir un animal dans l'état d'équilibre azoté (Stickstoffsgleichkorpergewicht) en le nourrissant avec des quantités énormes de matières albuminoïdes : qu'on introduise de la graisse dans l'alimentation, la consommation azotée devient immédiatement moins considérable, les oxydations diminuent, il y a fixation d'azote dans l'organisme et exhalation moindre d'acide carbonique.

Pour que la graisse se brûle facilement, il est de toute nécessité que le milieu organique soit alcalin; mais si la nutrition est ralentie d'une manière prédominante à l'égard de tel ou tel principe immédiat, il est douteux qu'elle soit plus active à l'égard de tel autre, et la dyscrasie acide viendra souvent ajouter son action désalcalinisante aux autres causes de non combustion de la graisse.

Un défaut ou une insuffisance des actes de l'assimilation du sucre et en particulier un défaut de la consommation du sucre par les éléments anatomiques, voilà pour M. le professeur Bouchard la véritable théorie du *diabète*, cet autre membre de la famille des maladies par ralentissement de la nutrition.

La condition préalable du trouble nutritif général réside probablement dans un trouble nutritif particulier du système nerveux; le ralentissement de combustion qui en est la conséquence, s'exerçant sur les acides, la cholestérine, la graisse, les albuminoïdes, les sucres, provoque l'obésité, la lithiase biliaire, la gravelle et le diabète. Dans ce dernier, au trouble nutritif qui accumule dans le sang le sucre non utilisé, succèdent souvent des troubles secondaires, tels que l'albuminurie, l'oxalurie, la phosphaturie, etc. C'est alors que les cellules, chimiquement modifiées, sont plus aptes à subir l'action des causes destructives, que les éléments naissants ne peuvent suivre leur évolution habituelle et que surviennent les altérations morphologiques d'inflammations, de gangrènes, de suppurations, d'ulcérations et de caséifications.

Viennent maintenant les métamorphoses des matières azotées; qu'elles soient ralenties, le résultat sera l'augmentation de l'acide urique, la diminution de l'alcalinité des humeurs, l'excès des acides qui enlèvent aux cellules la chaux et l'acide phosphorique, d'où oxalate de chaux dans l'urine, phosphates terreux en excès, tendance aux précipitations uratiques. Le goutteux, l'oxalurique, le graveleux, le rhumatisant, présentent une ou plusieurs de ces conséquences, ce qui explique que les maladies caractérisées par la prédominance de chacune de ces altérations humorales peuvent coexister ou alterner chez un même sujet ou dans une même famille.

M. le professeur Bouchard range toutes ces maladies dans le même cadre, et il y ajoute, rationnellement, l'*asthme* et la *migraine*, dont les conditions pathogéniques peuvent être provoquées ou préparées par des troubles nutritifs communs aux états précédents. Et se basant, entre autres caractères d'ordre général, sur les notions pathogéniques élevées qui dominent toute son œuvre, il distrait du cadre la maladie articulaire chronique désignée sous le nom de *rhumatisme chronique progressif* ou *rhumatisme noueux*. Cet état pathologique n'a pas les parentés morbides des maladies de la nutrition retardante. C'est une maladie de misère et de déchéance dont les affinités diffèrent de celles que nous avons étudiées jusqu'ici: c'est un faux rhumatisme. Ce sont aussi de pseudo-rhumatismes, de faux membres de la famille diathésique que les rhumatismes érysipélateux, scarlatins, varioleux, blennorrhagiques, dysentériques, puerpéraux; tous paraissent relever du processus infectieux.

Si l'on interroge maintenant la clinique, on voit qu'elle apporte une confirmation éclatante aux idées que soutient si éloquemment M. le professeur Bouchard. Quand on constate, en effet, chez un individu l'existence d'une maladie qui relève de la nutrition retardante, il est habituel de trouver, soit chez le malade lui-même, soit chez ses ascendants, soit chez ses descendants, les autres maladies qui relèvent du même trouble nutritif. La statistique clinique vient donc étayer la conception créée par la physiologie pathologique. L'antique diathèse arthritique, éclairée d'un jour nouveau, prend ainsi une forme doctrinale où rien n'est laissé à l'arbitraire ou à la simple spéculation; le vice organique, l'altération humorale, la *matière peccante*, par lesquels toute une école médicale a voulu bien souvent caractériser la diathèse, doivent être considérés comme l'effet de celle-ci; mais elle-même doit être regardée de plus haut, puisqu'elle est l'habitude vicieuse du mouvement nutritif qui peut rendre possible la formation ou l'accumulation anormale de ces matières.

Que la pathologie générale ainsi renouvelée puisse simplifier et éclairer la thérapeutique, guider la prophylaxie, la chose ne fait plus aucun doute quand on lit, à propos de chacun des états morbides dont nous avons parlé, les remarquables chapitres de thérapeutique qu'a écrits M. le professeur Bouchard, avec cette précision et cette netteté qui ne sont pas l'un des moindres charmes de son œuvre.

Aussi son livre est-il de ceux dont on ne saurait trop recommander la lecture, tant il ouvre d'horizons sur des points que les doctrines du passé ont si souvent choisi comme thème favori de leur dialectique sans pouvoir cependant soulever l'obscurité qui les entourait. Il clôt la longue période des systèmes et des écoles où dominait toujours quelque vestige de la scholastique, pour fonder une philosophie médicale plus compréhensive, qui ne se base pas seulement sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, mais qui utilise aussi le concours de la chimie et des sciences naturelles. Et, comme le dit M. le professeur Bouchard, ces sciences apportent à la médecine un appui dont les conséquences semblent devoir dépasser les plus ambitieuses espérances.

L'humorisme des chimiâtres est mort définitivement en tant que système: mais la chimie des altérations humorales doit trouver dans l'observation sa place à côté de l'étude des symptômes et des lésions anatomiques. Cette triple constatation est la base de la méthode médicale de M. le professeur Bouchard; elle lui sert à agrandir le domaine de la pathogénie; elle le conduit à connaître la loi d'un phénomène morbide, à saisir ses affinités, à en diriger la thérapeutique dans la seule voie qui soit vraiment rationnelle. Je disais tout à l'heure que son œuvre avait une portée philosophique de premier ordre, il faut ajouter que, de quelque part qu'on la considère, elle a toujours la clinique comme base et comme aboutissant.

M. le docteur Henri Frémy, qui a recueilli les leçons de M. le professeur Bouchard, a rempli fort habilement sa tâche, et sa rédaction, aussi précise qu'élégante, donne aux idées du maître l'attrait d'une brillante exposition.

ALBERT ROBIN.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

MISSION CREVAUX. — Le massacre de la mission dirigée par le savant explorateur de la Guyane est malheureusement confirmé par dépêche officielle de notre chargé d'affaires à Buenos-Ayres. Aucun des membres de l'expédition n'a échappé.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Bourses de doctorat.* — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le règlement du 15 novembre 1879, arrête:

ARTICLE PREMIER. — L'ouverture du concours pour l'obtention de bourses de doctorat aura lieu, au siége des Facultés de médecine

et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

Art. 2.—Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet, à quatre heures.

Art. 3.—Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir:

1. Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'art. 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales;

2. Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie;

3o Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4o Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe:

5o Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Art. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours

Fait à Paris, le 19 juin 1882.

***

Bureaux de bienfaisance. — M. le docteur Lecoconnier vient d'être élu par ses confrères médecin du Bureau de bienfaisance du cinquième arrondissement de Paris.

***

Élections sénatoriales. — Le Sénat compte depuis dimanche dernier un médecin de plus parmi ses membres. M. le docteur Brugerolles a été élu sénateur du Cantal par 212 voix sur 324 votants.

***

Mission scientifique. — Notre sympathique confrère M. le docteur A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, est officiellement chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au Congrès international d'hygiène qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain.

***

Asiles d'aliénés. — Le mouvement suivant va avoir lieu : M. le docteur E. Cortyl, directeur médecin de l'asile de Quatremares, passe à l'asile Saint-Yon, en remplacement de M Rousselin, admis à faire valoir ses droits à la retraite; M. le docteur Delaporte, de l'asile de Rennes, remplace M. E. Cortyl à Quatremares; M. le docteur G. Cortyl, médecin adjoint à l'asile Saint-Yon, est nommé médecin directeur à l'asile de Saint-Venant; M. le docteur Fabre de Parrel, médecin adjoint à l'asile de Quatremares est démissionnaire.

***

École de médecine de Rennes. — M. Porcher est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle.

***

Faculté de médecine de Lille. — M. Hermann, préparateur du laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Retterer est nommé préparateur du laboratoire d'histologie de M. le professeur Robin, en remplacement de M. Hermann, appelé à Lille.

***

Récompenses honorifiques.—Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1879, les récompenses honorifiques suivantes :

Médaille d'or : M. Ladrey, doyen de la Faculté des sciences de Dijon.

Médailles d'argent : M. le docteur Layet, membre du Conseil central de la Gironde; M. Rabourdin, pharmacien à Orléans; M. Philippe, vétérinaire à Rouen; M. le docteur Rampal, vice-président du Conseil central des Bouches-du-Rhône; M. le docteur Journal, membre du Conseil central de l'Aisne; M. Gebhart, pharmacien à Epinal; M. le docteur Bertherand, secrétaire du Conseil d'hygiène d'Alger; M. le docteur Lapeyre, membre du Conseil central de la Loire-Inférieure; M. le docteur Pujos, membre du Conseil central du Gers; M. Delezenne, pharmacien à Lille.

Médailles de bronze : M. le docteur Benoît, de Giromagny (Belfort); M. le docteur Darge'as (Bouches-du-Rhône); M. Dhuicque, pharmacien à Beauvais; M. le docteur Jablonski (Vienne); M. le docteur Bariod (Eure).

***

Hopitaux. — Bureaux de bienfaisance. — Service médical. — M. Cattiaux a déposé la proposition suivante à l'une des dernières séances du Conseil municipal de Paris :

« Le Conseil,

« Considérant que le nombre des lits établis dans les hôpitaux ne répond pas aux besoins de la population;

« Considérant qu'il importe de développer, autant que possible, le traitement à domicile;

« Considérant que, pour obtenir ce résultat, il importe que les soins donnés à domicile ne laissent rien à désirer,

« Considérant que le service, tel qu'il existe actuellement, ne répond pas aux besoins, attendu que le droit de choisir son médecin appartient au malade et non au corps médical;

« Le soussigné émet le vœu que le service médical à domicile soit modifié de la manière suivante :

« Les malades auront le droit de désigner le médecin qu'ils désirent;

« Les médecins des bureaux de bienfaisance seront nommés à l'élection par les personnes inscrites au bureau de bienfaisance;

« Les médicaments seront délivrés par les pharmaciens de la ville;

« Les honoraires des médecins seront payés par visite.

« *Signé* : CATTIAUX. »

***

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Le prix Jules Naudin, d'une valeur de 1,000 francs, sera décerné en 1883, La question donnée est : « Comment meurent les goutteux? étude clinique et thérapeutique. » — Un second prix, d'une valeur de 300 francs, sera décerné également en 1883 à l'auteur du meilleur travail sur « les falsifications des boissons alimentaires, les moyens de les reconnaître et de les réprimer. »

La Société propose, comme sujet de prix pour 1884, la question suivante : « Etude comparative des trois vaccins; auquel faut-il donner la préférence? » Le prix sera de 300 francs.

Les mémoires doivent être écrits lisiblement en français ou en latin, et envoyés, franco de port, au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

***

CONCOURS DE MÉDECINE DU BUREAU CENTRAL. — A la suite de la première épreuve, — épreuve clinique, — ont été déclarés admissibles : MM. les docteurs Ballet, Barth, Béringier, de Beurmann, Brault, Brissaud, Buzot, Carrière, Chauffard, Chouppe, Decaisne, Dreyfous, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Josias, Legendre, Leroux (Charles), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière (P.), Martin, Merklen, Oulmont, Renault, Rivet, Talamon et Tapret.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le docteur Etienne, prosecteur, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chrétien, nommé professeur.

***

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Une place d'interne en médecine devant être prochainement vacante, les élèves en médecine qui voudraient faire acte de candidature sont prévenus qu'ils doivent être pourvus de toutes leurs inscriptions et avoir passé leur premier examen de doctorat. S'adresser au directeur de la maison nationale de Charenton pour les renseignements relatifs aux obligations et aux conditions de cet internat.

***

EPIDÉMIES. — Les Conseils internationaux de santé d'Alexandrie et de Constantinople ont pris certaines mesures préventives contre les provenances des îles néerlandaises et de Singapore, en raison de l'épidémie cholérique qui sévit dans ces contrées. Ces provenances auront à subir vingt-quatre heures d'observation pour Suez et l'Egypte et sept jours de quarantaine si le choléra est constaté à bord. La même durée d'observation ou de quarantaine a été prescrite vis-à-vis des mêmes provenances dans les ports de l'empire ottoman (Méditerranée, Hedjaz, Yémen et golfe Persique).

***

CONCOURS DES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — La seconde épreuve d'admissibilité, — épreuve orale, — est terminée. Les questions qui ont été données sont : 1o Valeur séméiologique de l'anesthésie; 2o accidents épileptiformes dans les maladies cérébro-spinales; 3o des complications pulmonaires dans les maladies du cœur; 4o des hémorragies dans la tuberculose pulmonaire; 5o de l'emploi de la digitale dans les affections du cœur; 6o valeur séméiologique de l'ictère.

Seuls ont été admis à subir la troisième épreuve éliminatoire : MM. les docteurs Barth, Béringier, Brault, Brissaud, Buzot, Chauffard, Chouppe, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Josias, Letulle, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Oulmont, Renault, Talamon et Tapret.

***

ECOLE DES BEAUX-ARTS DE NANCY. — M. le docteur Albert Réné, chef des travaux physiologiques de la Faculté de médecine de Nancy, a été nommé professeur d'anatomie comparée à l'Ecole municipale et régionale des Beaux-Arts qui vient d'être créée dans cette ville.

***

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le Conseil général de la Seine a voté dans sa séance du 12 juin, sur le rapport de M. Bourneville, une augmentation de traitement de 300 francs aux internes des asiles d'aliénés de Vaucluse et de Ville-Evrard pour suppléer à toute indemnité de déplacement.

***

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Par arrêté ministériel, M. le docteur Bloch vient d'être nommé médecin du Bureau de bienfaisance du dixième arrondissement de Paris.

***

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — A la suite d'un brillant concours, MM. les docteurs Fioupe et Laget ont été reçus médecins-adjoints des hôpitaux de Marseille.

***

BOURSIERS. — M. le docteur Paumès, licencié ès sciences naturelles, aide des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé boursier de doctorat au Muséum de Paris.

***

PRIX CORVISART POUR 1882. — L'Assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a décidé de mettre au concours la question suivante : « *De l'ataxie locomotrice progressive.* — Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er décembre prochain. — Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté.

***

HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE. — M. le docteur Duchamp, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, vient d'être nommé au concours chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 16 juin 1882, ont été promus :

1o Au grade de médecin-inspecteur, M. Gaujot (Constantin-Mamez-Gustave), médecin principal de première classe, sous-directeur et professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire;

2o Au grade de médecin-major de première classe, MM. Huchard (Fernand-Gabriel) et Geschwind (Henri-Prosper).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

265. M. Beaumont. Recherches sur les lésions qui prédisposent à la rupture spontanée du cœur. — 266. M. Levassort. Le rhumatisme chronique en Normandie. — 267. M. GIRAUD. De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et des questions médico-légales qui s'y rattachent. — 268. M. Lavin. Diagnostic des rétrécissements de l'urèthre. — 269. M. Stroici. Des fractures spontanées chez les ataxiques. — 270. M. Garés. Traitement des tumeurs épithéliales par le caustique arsénical. — 271. M. Guillet. Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris. — 272. M. Darène. Etude sur la transfusion du sang à la suite des hémorrhagies intestinales

dans le cours de la fièvre typhoïde. — 273. M. Vandenabeelle. Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide du siphon. Influence de la pression du liquide sur les rétrécissements de l'urèthre. — 274. M. Pelaprat. Des hémorrhagies puerpérales secondaires. — 275. M. Gauchas. Etude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical. — 276. M. Maison. Traitement des ulcérations en général. — 277. M. Pesme. De la cautérisation actuelle dans les hémorrhagies artérielles. —278. M. Descourtis. Du fonctionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies.—279. Mlle Bourchier. De la conservation des vibrations thoraciques dans la pleurésie.—280. M. Gidon. Etude sur les atrophies du genou considérées surtout au point de vue du trait. - 281. M. Gilles (Gaston). De l'hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'organisation départementale de la médecine publique, par le docteur Gustave Drouineau. — Paris, à la librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Du pansement a l'iodoforme et de ses dangers, par le docteur Le Dentu, in-8. Prix : 0 fr. 50 c. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des dyspepsies constitutionnelles et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par le docteur Senac-Lagrange, in-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Les affections oculaires chez les gens de la campagne, par le docteur G. Martin, in-8. Prix : 1 fr. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 30 juin au jeudi 6 juillet 1882.

Fièvre typhoïde 50. — Variole 8. — Rougeole 22. — Scarlatine 6. — Coqueluche 0. — Dipthérie, croup 42. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Méningite (tubercul. et aiguë) 57. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 156.— Autres tuberculoses 13.—Autres affections générales 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 18. — Pneumonie 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 42. — au sein et mixte 26. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 82. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 61. — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 34. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 960 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 29 22 JUILLET 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 20 juillet 1882.

Académie de médecine. — DE LA DURÉE DE L'ISOLEMENT DANS LES MALADIES CONTAGIEUSES.

Une question qui touche aux intérêts les plus graves est assurément celle des mesures à prendre pour enrayer d'une façon efficace l'extension des maladies contagieuses qui peuvent se déclarer dans les établissements d'instruction.

Quand on ne se trouve pas en présence d'une épidémie qui nécessite le licenciement des élèves et la fermeture immédiate de l'école, il va de soi que l'isolement des malades s'impose. Mais pour que cette mesure atteigne son but, il faut, avant tout, lui assurer une durée convenable, et on ne peut que louer la sollicitude qui a poussé M. le ministre de l'instruction publique à s'adresser à l'Académie de médecine pour s'éclairer sur ce point délicat. Mardi dernier, M. Hillairet, au nom d'une commission nommée par l'Académie, a donné lecture d'un rapport sur cette intéressante question de la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses. Nos lecteurs trouveront plus loin les conclusions de ce rapport. Faisons des vœux pour que ce document n'aille pas s'égarer dans les cartons discrets des bureaux du ministère, et pour que les avis qu'il renferme soient rigoureusement mises en pratique dans les établissements placés sous la surveillance de l'Etat. Il s'agit là d'une mesure qui offre un certain caractère d'urgence, car il ne serait pas difficile de trouver journellement à Paris des enfants qui, au sortir d'une maladie contagieuse exigeant un isolement prolongé, comme la scarlatine, sont rendus à l'école à une époque où ils ont toutes chances de semer autour d'eux la contagion.

E. R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'ÉRYSIPÈLE. Conférence clinique faite à l'hôpital Laënnec par M. NICAISE et recueillie par M. Queyrat, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

La plaque érysipélateuse est séparée des tissus sains par un rebord en relief connu sous le nom de *bourrelet* et qui est dû à l'infiltration du derme ; mais ce bourrelet n'est pas constant, et alors, point sur lequel il y a lieu d'insister, l'érysipèle présente sur ses bords une rougeur frangée, festonnée, s'avançant au milieu des tissus sains sous forme de lignes sinueuses, de réseaux circonscrivant des portions de peau à coloration normale. Cette particularité était des plus nettes chez le no 10 de la salle Chassaignac.

Ces franges sont en quelque sorte des avant-coureurs qu'envoie la plaque érysipélateuse au milieu des tissus sains. Elles s'observent surtout dans les érysipèles ambulants à marche rapide, et, dans ces cas, il n'existe pas de bourrelet.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

Mai-Juin.

Les triomphes de M. Pasteur. — Humbles remontrances et avertissements au triomphateur. — Le scepticisme et la boussole. — Les morts vont vite : Galtier-Boissière. — Jules Crevaux. — Amédée Latour.

De même que Nérée, si nous en croyons Horace, sortit des flots pour prédire à Pâris ravisseur d'Hélène, les fatales conséquences de sa conduite, de même toutes propositions gardées, je sors de ma retraite pour jeter quelques notes discordantes dans le concert d'éloges adressés à M. Pasteur à l'occasion de sa réception à l'Académie française, et aussi à l'occasion de l'hommage collectif qui lui a été fait par un grand nombre de savants ses collègues, d'une médaille commémorative de ses travaux :

Pastor quum traheret per freta navibus
Idæis Helenen perfidus hospitam
Ingrato celeres obruit ôtio
Ventos, ut caneret fera
Nereus fata........ (1)

Abusant de l'hospitalité que lui avait offerte l'Académie de médecine, M. Pasteur n'a-t-il pas voulu, comme le berger Pâris, empiéter sur les droits et les privilèges de ses hôtes trop confiants ? Il a tenté d'accaparer la médecine au profit de ses ardeurs juvéniles et peut-être inconsidérées.

Mais si aujourd'hui M. Pasteur a le vent en poupe, il doit prendre garde à la tempête qui s'amasse derrière lui et pourra l'engloutir.

Aussi bien c'est un rôle fort ingrat que celui de redresseur de torts. L'on comprend qu'à Rome on chargeât des esclaves du soin de poursuivre le char des triomphateurs.

Dans la France de nos jours, les choses sont bien changées, et il faut être on ne peut plus libre, on ne peut mieux indépendant ou plutôt n'être l'esclave que de la vérité, pour avoir le courage

(1) Horat. Flac. Carmin. lib. I, ode xv.

La présence de ces franges a été diversement interprétée. En général, on l'attribue à des traînées de lymphangite, bien que l'histologie démontre, dans ces cas, que la lésion ne porte pas exclusivement sur les vaisseaux lymphatiques, mais aussi sur les trabécules du tissu conjonctif.

D'ordinaire, on voit se développer, au niveau de la plaque érysipélateuse, des bulles, des phlyctènes, remplies de sérosité et dont la production est intéressante à connaître.

Au cours de l'érysipèle on observe une altération de l'épiderme qui évolue parallèlement à celle du derme. L'épiderme subit une transformation, un ramollissement, vers sa partie moyenne, et tend à se séparer en deux couches quand cette lésion atteint certaines proportions. Le corps de Malpighi reste appliqué sur les papilles dermiques, tandis que la couche cornée se soulève ; entre les deux se crée une sorte d'espace virtuel où s'amasse la sérosité, et alors même qu'il n'y a point de phlyctènes il existe toujours entre ces deux couches un peu de liquide infiltré.

C'est cette infiltration intra-épidermique qui nous permet de comprendre la desquamation terminale de la maladie. Le liquide infiltré se résorbe, l'épiderme se plisse, puis la couche cornée s'exfolie.

Durant cette évolution de la maladie, il existe, au début surtout, un certain nombre de *phénomènes généraux* plus ou moins accusés. C'est d'abord une fièvre intense portant le thermomètre à 40, 41 et même 41,4, comme chez notre malade du n° 10 de la salle Chassaignac.

D'autre part, il existe un état saburral ordinairement très accusé, des nausées, des vomissements muqueux ou bilieux, une céphalalgie intense, quelquefois même du délire.

La *durée* de l'érysipèle est en moyenne de six à huit jours ; mais, lorsqu'il s'agit d'un érysipèle ambulant, sa durée peut être beaucoup plus longue et atteindre trente et même quarante jours.

La guérison est la *terminaison* la plus ordinaire de la maladie ; toutefois la mort peut survenir, soit par l'intensité de l'infection, soit par une complication intercurrente telle, par exemple, qu'une pleurésie, comme dans le cas que nous avons observé.

Il s'ensuit que le *pronostic*, extrêmement variable, d'ailleurs, suivant les cas, doit être d'une façon générale toujours réservé, surtout quand le frisson du début a été très intense.

Le *diagnostic*, facile, très facile ordinairement, est quelquefois presque impossible à faire, au début, d'avec une lymphangite. Cependant l'intensité du frisson initial fera penser à un érysipèle.

Tel est le cas de ce jeune malade que nous vous avons signalé au début de cette leçon. En général, la marche de la maladie ne tarde pas à préciser le diagnostic.

Le *traitement* curatif de l'érysipèle est avant tout un traitement général. Il semble que l'on devrait obtenir des résultats favorables par l'emploi interne des antifermentescibles, des antiseptiques tels que l'acide borique, l'acide salicylique. Les injections hypodermiques d'acide phénique au pourtour de la plaque érysipélateuse, les lavements camphrés ont également été conseillés.

Le sulfate de quinine est généralement employé. Comme traitement local on a proposé de recouvrir la plaque érysipélateuse d'éther camphré. L'éther s'évapore et laisse sur la plaque un dépôt pulvérulent de camphre.

On a tenté d'arrêter les progrès de l'érysipèle (Broca, M. Denucé) ; pour cela on fait sur la peau un badigeonnage de collodion autour de la plaque envahissante. Malheureusement l'érysipèle passe souvent au-dessous de cette barrière trop faible.

Mentionnons les badigeonnages de teinture d'iode ou d'une solution de nitrate d'argent, les vésicatoires, tous traitements n'ayant donné que des résultats contestés.

Il est utile d'envelopper les parties malades de compresses chaudes imbibées d'une décoction de fleurs de sureau, légèrement phéniquées et recouvertes de taffetas gommé.

Recouvrir la peau de poudre d'amidon est encore un moyen qui calme souvent la douleur cuisante dont elle est le siège. Étant donné qu'il s'agit d'une affection manifestement infectieuse, il faut pour la traiter recourir aux antiseptiques administrés intra et extra. A l'intérieur on prescrira l'acide salicylique à la dose de 2 gr. ; on fera des injections hypodermiques d'acide phénique ; extérieurement on recouvrira la surface érysipélateuse de compresses imbibées d'une solution phéniquée au 100°.

Mais une partie du traitement sur laquelle il faut porter toute son attention, dans l'érysipèle comme dans toute maladie infectieuse, c'est le traitement prophylactique, car très son-

---

de venir, en dépit des acclamations de la foule, crier au héros ceint de tous les lauriers : « Attention ! vous risquez de vous égarer, de nous égarer, d'égarer la science. »

Mais, au fait, je me trompe ; c'est, aussi bien chez nous que chez les Romains, à des esclaves que cette mission est dévolue ; seulement, c'est à des esclaves d'une valeur toute différente ; car il faut n'être que l'esclave de la vérité pour avoir la force de se poser en Cassandre.

Or, tandis que M. Pasteur entraînait (*Pastor quum traheret*) la médecine dans des sentiers nouveaux, l'Académie française le recevait, comme elle dit, *dans son sein*.

Avec une modestie méritoire, le récipiendaire a bien voulu rejeter l'honneur que l'Académie lui avait fait, non sur ses mérites intrinsèques, mais sur les services qu'il prétend avoir rendus à la cause de la philosophie spiritualiste.

Mais il me semble, Monsieur Pasteur, que ceci est pis que de la modestie ; c'est une véritable abdication que vous faites. Car, enfin, vous, homme de science, homme d'expérimentation terre à terre, si jamais vous avez dévié de la vraie voie, c'est le jour où vous avez appelé au secours de vos convictions le spectre de l'athéisme

Pour moi qui, *a priori*, considérais (dès 1863) la théorie des générations spontanées comme la plus antiscientifique des théories qu'on pût produire ; pour moi qui admirais la grandeur de l'acte de foi qu'étaient obligés de faire les adeptes de l'hétérogénie ; pour moi qui plaignais MM. Pouchet, Joly et Musset, naturalistes convaincus, courageux, mais trop hardis et même aventureux, d'oser nier la présence d'un germe dans un flacon, sous prétexte qu'ils ne l'y avaient pas rencontré, car, en bonne logique, s'il est facile d'affirmer une chose que l'on a vue, il est incomparablement plus difficile de nier l'existence d'une chose, sous le prétexte qu'on ne l'a pas vue ; pour moi, dis-je, je vous ai trouvé fort imprudent lorsque vous êtes venu à une discussion on ne peut plus scientifique mêler des passions religieuses.

Cet appel, non au bras séculier, mais au bras religieux, pour vous aider à avoir raison de la théorie que vous combattiez, me semblait d'abord compromettre les intérêts religieux que vous prétendiez défendre, et dont, au contraire, vous vous serviez pour vous défendre vous-même, et puis en même temps faire tort à la science aussi bien qu'à votre autorité personnelle. Votre autorité,

vent l'agent infectieux est transporté d'un malade à un antre par les personnes qui les entourent.

De là cette déduction : que l'on ne saurait assez recommander dans les services de chirurgie la propreté la plus méticuleuse. Après tout pansement, après avoir touché tout objet suspect de contage, il faut avoir le soin de se laver à l'eau phéniquée ; il ne faut nser d'aucun instrument qui n'ait été préalablement plongé et lavé dans un bain phéniqué. C'est à cette préoccupation prophylactique que nous avons obéi, lorsqu'en présence de ces érysipèles nous avons tenu à panser les autres malades sons le spray phéniqué, et c'est grâce à ces précautions et à d'autres encore que nous avons pu arrêter cette petite épidémie d'érysipèle qui, dans d'autres conditions, aurait pn prendre une extension plus grande.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

I. Un cas de plaie pénétrante du cœur, par Heusner (1). — II. De l'excitation mécanique et électrique du cœur et du nerf phrénique, par Ziemssen (2). — III. Contributions a l'histoire des acardiaques, par Breus (3). IV. Du rétrécissement vrai du cœur, par E. Rollet (4).

Heusner a donné des soins à un homme qni était bâti en hercule et qui venait de recevoir un coup de couteau dans la région du cœur. La lame de l'instrument tranchant mesurait 15 centimètres ; elle avait pénétré jusqu'au manche. Immédiatement après l'accident, le blessé put encore faire une quinzaine de pas. Puis il tomba en syncope, mais pour de nouveau reprendre connaissance. Le soir, on le transporta à l'hôpital sur une civière. On lui fit prendre un bain, et à cette occasion le malade franchit encore, sans le secours de personne, une distance d'une trentaine de pas. Heusner constata l'existence d'une blessure linéaire de 2 centimètres de longueur, située à 2 centimètres du mamelon et à 4 centimètres et demi du bord gauche dn sternum. Il s'en échappait à chaque effort de toux une grande quantité d'un sang noirâtre et, l'une ou l'autre fois, de l'air avec un bruit de souffle. La matité précordiale et les bruits du cœnr n'étaient pas modifiés ; le pouls était faible, mais régulier. Pas de signes d'épanchement pleural. Dans la pensée que le poumon et le péricarde étaient seuls atteints, on ferma la plaie avec des points de suture pour appliquer par-dessus le pansement de Lister.

Le lendemain, le blessé était en proie à une dyspnée et à une agitation très grandes. On dut changer le pansement qui était traversé par le sang. A ce moment, on percevait une zone de matité qui s'étendait du cœur à la colonne vertébrale, sur une largeur de cinq travers de doigt. On entendait d'ailleurs à ce niveau le murmure vésiculaire. Le lendemain, après une exacerbation progressive de l'agitation, le blessé succomba, soixante-trois heures après l'accident. L'autopsie fit voir que l'instrument tranchant avait traversé la plèvre gauche sans toucher au poumon, et avait perforé le péricarde et la paroi antérieure du ventricule gauche un peu en dehors et au-dessous de son point central. La plaie cardiaque avait une direction sensiblement verticale. L'instrument tranchant, après avoir glissé sur la face interne du muscle papillaire, avait entamé la cloison commune aux deux ventricules, pour ressortir à la face postérieure du cœur. Le fond du trajet creusé par l'instrument se perdait dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur. A la surface libre de la paroi antérieure du cœur, la plaie apparaissait béante, en forme de triangle. A la face interne dn ventricule droit, les deux sections étaient linéaires et mesuraient trois centimètres de longueur. Le péricarde contenait environ 200 centimètres cubes de sang, caillé en grande partie. La cavité pleurale gauche en contenait trois quarts de litre et la cavité pleurale droite un peu moins (450 c. c.). Le cœur gauche et les grosses artères étaient à peu près exsangues.

L'auteur rappelle à ce propos que, dans un travail qu'il a fait paraître il y a quelque dix ans, G. Fischer (*Langenbeck's Archiv*, t. IX, 1868) a relevé 401 cas de plaie pénétrante du cœur dont 50 terminés par la guérison, preuve que le pronostic de ce genre de blessure est moins grave qu'on ne serait tenté de le croire de prime abord.

— Une femme S..., âgée de 45 ans, avait été opérée d'un enchondrome qui occupait la plus grande partie de la paroi an-

(1) Deut. medic. Wochenschrift, n° 5, 1882.
(2) Deut. Archiv für klin. Medicin, t. XXX, p. 270.
(3) Wiener med. Jahrbücher, 1882, p. 57.
(4) Centralblatt für die medic. Wissensch. No 18, 1882.

vous la diminuiez en effet d'autant plus que vous appeliez plus fort à votre aide l'appui des croyances religieuses.

Puis, en somme, c'était un procès de tendance que vous faisiez à l'hétérogénie. Or cela n'est pas de la science.

Au surplus, vous étiez fort mal venu à invoquer les foudres de l'Eglise, car vous faisiez dire à vos adversaires ce qu'ils ne disaient pas. Est-ce que plusieurs Pères de l'Eglise n'admettent pas l'intervention incessante de la Divinité dans les choses de ce monde ?

Les hétérogénistes n'auraient-ils pas pu vous répondre qu'ils défendaient mieux que vous les intérêts de la religion, puisqu'en admettant leur théorie, les croyants avaient le devoir de s'incliner devant l'action permanente d'une Providence à tout instant créatrice ?

Plus loin, M. Pasteur, toujours dans son discours de réception, a entonné un vrai dithyrambe en l'honneur de la méthode expérimentale, repoussant aux gémonies la vieille méthode d'observation.

Nous sommes dans un siècle où la méthode expérimentale a rendu tant de services à la science en général et à la biologie en particulier entre les mains des Magendie, des Claude Bernard, des Darwin, etc., sans compter M. Pasteur lui-même, qu'il semblerait bien déplacé de médire de cette méthode. — Nul ne l'oserait — Mais est-ce une raison pour renier l'héritage de nos ancêtres, et doit-on le déprécier à ce point, sous prétexte que nous n'en avons pas fait la conquête nous-même ? La vieille méthode d'observation a formé, en somme, la science. A l'origine de chaque découverte, il n'est pas difficile de trouver comme point de départ une observation. Les observations ne sont-elles pas des expérimentations faites par la nature ?

Servons-nous donc de la méthode ancienne, — sans négliger de recourir aux expérimentations, ces observations provoquées.

Si le rôle du savant est moins brillant dans la simple observation que dans la méthode expérimentale, il n'en est pas moins sérieux, car l'expérimentation est à l'observation ce qu'en arithmétique la preuve est à l'opération primitive.

Elle vérifie ; elle ne crée pas.

Comme moralité à cette sortie contre certaines assertions de M. Pasteur, je lui dirai :

Continuez donc vos études.

térieure du thorax. Il en résulta une perforation de la poitrine à gauche, de la deuxième à la septième côte, mesurant une longueur de 11 centimètres sur 9 de largeur. Les deux ventricules, l'oreillette gauche et la moitié gauche du diaphragme se voyaient au fond de la solution de continuité. Le cas se prêtait à des observations directes sur le cœur et fut utilisé comme tel par Ziemssen, Penzoldt et Filehne. On releva d'abord des tracés à l'aide du cardiogramme, traces qui se trouvent reproduits dans le mémoire de l'auteur. L'excitation mécanique du cœur avec le doigt avait pour effet de faire suivre chaque contraction normale des ventricules d'une seconde contraction plus courte, portant sur les deux ventricules, alors même qu'on se bornait à exciter un seul. La compression des deux fémorales et celle des deux sous-clavières n'avait d'autre résultat qu'un ralentissement des contractions cardiaques. L'excitation directe du cœur à l'aide du courant faradique ne modifiait pas la fréquence et le rythme des contractions cardiaques et ne développait pas non plus de sensation. Au contraire, l'excitation avec le courant galvanique était suivie d'une contraction bien manifeste des deux ventricules. En outre, au moment de la fermeture du courant avec le pôle positif, il se produisait une accélération considérable du nombre des battements du cœur (de 80 à 100). Quand on se servait d'un courant assez fort, le malade accusait en outre une sensation de tiraillement et d'arrachement en arrière de la portion inférieure du sternum, mais point de douleur.

— BREUS, à propos d'un fœtus acardiaque avec absence totale du cœur, dont il donne une description détaillée, combat la théorie que Claudius a proposée pour rendre compte de ce vice de développement. Suivant cette théorie, il s'établirait, dans certains cas de grossesse gémellaire, des anastomoses entre deux branches de l'artère ombilicale et deux branches de la veine de même nom de chacun des cordons. Or, par suite d'une énergie plus grande des contractions cardiaques chez l'un des fœtus, le sang serait refoulé dans les vaisseaux de l'autre, dont le cœur serait finalement amené au repos. Ce muscle creux s'oblitérerait ensuite et se trouverait ainsi arrêté dans son développement.

Breus pour sa part pense que chez les acardiaques le développement embryonnaire est d'emblée sous le coup de perturbations graves, inconciliables avec l'établissement d'une circulation indépendante, la nutrition des tissus étant entretenue d'ailleurs par une circulation supplémentaire. L'arrêt de développement du cœur serait donc le fait primitif, les anastomoses des vaisseaux ombilicaux le fait secondaire qui rend possible le développement ultérieur du fœtus.

— ROLLET rapporte un cas de rétrécissement du ventricule gauche, le cinquième dont fasse mention la littérature médicale. La valvule mitrale offrait, près de son insertion, un épaississement fibreux marqué surtout à la face tournée du côté de la cloison. De ce point s'étendait le long de la portion aortique du ventricule gauche une saillie blanchâtre, dans l'épaisseur de laquelle le tissu musculaire était en partie remplacé par du tissu conjonctif. Il en résultait un rétrécissement de l'orifice aortique, tel qu'on avait peine à y introduire l'extrémité du doigt. Les valvules sigmoïdes étaient normalement conformées et parfaitement suffisantes.

L'auteur estime que les rétrécissements de cette espèce remontent aux premiers temps de la vie, et vraisemblablement à la période intra-utérine. Il a pu, d'autre part, diagnostiquer cette anomalie, du vivant du sujet, et voici sur quels signes se basait son diagnostic :

Faiblesse du pouls avec contractions cardiaques énergiques, dénotant un obstacle à l'écoulement du sang hors du ventricule gauche.

Bruit diastolique au niveau du ventricule gauche, se poursuivant dans l'aorte et la carotide, preuve que les valvules aortiques étaient suffisantes.

Existence d'une hypertrophie du ventricule gauche sans dilatation committante.

Frémissement très marqué à la pointe, s'étendant jusqu'au milieu du sternum.

Souffle systolique doux dont le maximum répondait, comme siège, au ventricule gauche.

E. RICKLIN.

Utilisez, au grand profit de la science, vos immenses facultés de travail, votre puissance productrice.

Mais méfiez-vous plus que jamais des synthèses hâtives, des conclusions formulées à la légère et trop étendues. En un mot, soyez prudent, surtout quand vous explorerez le domaine de la médecine, domaine où un bon guide ne pourra que vous servir.

**

Beaucoup peut-être m'auront trouvé sévère dans mon appréciation du discours de M. Pasteur. Eh bien! M. Renan, dans sa réponse académique, a été plus dur encore que je ne l'ai été; seulement il y a mis les formes exigées au palais Mazarin. Il a ganté ses mains d'un velours très soyeux, il a dissimulé ses griffes; il a même caché sous son habit à palmes vertes le bois également vert dont il allait châtier le néophyte. Et si M. Pasteur peut être accusé de vouloir régenter la médecine, M. Renan a pu encourir le reproche de vouloir désorienter la science.

Sans doute, il est utile d'essayer de découvrir et de signaler aux chercheurs les causes d'erreur qui peuvent se présenter dans chacune des méthodes auxquelles la science a recours. Mais, quel que soit le charme insinuant avec lequel M. Renan a cherché à élargir le domaine de la critique, quelque gracieux que fût le geste dont il semait dans son auditoire les germes du scepticisme le plus complet et le plus universel, nous tenons rigueur à M. Renan; et nous lui dirons : il est vrai, le voisinage d'une pile, tel ou tel accident météorologique peuvent faire dévier la boussole; mais ces perturbations toutes momentanées seraient-elles des raisons suffisantes pour faire rejeter l'usage de cet instrument ?

J'en appelle aux marins.

**

Le docteur Pierre Galtier-Boissière est mort le mois dernier. Comme médecin, il s'était fait connaître par un mémoire sur la goutte. Ce mémoire est d'autant plus intéressant qu'il repose sur des observations on ne peut plus personnelles, puisque l'auteur était lui-même goutteux.

Galtier-Boissière ne s'en tint pas aux publications purement médicales. Il eut l'idée d'une sorte de langue universelle en se servant de signes *phonographiques*, de signes-lettres, destinés à « figurer les éléments de la parole au moyen de n'importe quel

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 juin 1882. — Présidence de M. JAMIN.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — SUR LE SUC GASTRIQUE. Note de M. P. CHAPOTEAUT.

Peu de questions sont plus débattues et plus étudiées en ce moment que celles des digestions, surtout depuis les récentes communications faites à l'Académie; la note que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui ne saurait revêtir le caractère d'un mémoire terminé, et, si je demande la permission d'exposer les premiers résultats de mes recherches sur ce sujet si controversé, c'est en vue de m'assurer le bénéfice des études commencées et des premiers résultats acquis.

Voici la méthode employée pour obtenir le suc gastrique nécessaire à nos expériences: les estomacs de moutons récemment sacrifiés sont lavés rapidement; on en sépare les glandes pepsigènes, que l'on pulpe avec soin, sur un tamis métallique à mailles fines; l'évaporation de cette pulpe sur des plaques de verre à la température de + 50o donne un résidu sec formé de parties fibreuses, de suc gastrique et de matières grasses qu'enlève l'éther anhydre sans altérer son pouvoir digestif.

Le produit ainsi obtenu, traité à plusieurs reprises par l'eau distillée (100 gr. pour 3 lit.), se dissout en laissant un résidu dénué de tout pouvoir digestif.

Cette solution aqueuse évaporée abandonne une pepsine dissolvant trois mille fois son poids de fibrine; en étendant cette solution aqueuse de son volume d'alcool à 95o, elle laisse précipiter un corps pulvérulent blanc et neutre, tandis que le véhicule hydro-alcoolique présente une réaction acide. Quelle est la nature de cette matière blanche, et quel est le corps qui donne une réaction acide au véhicule hydro-alcoolique? A cet égard, j'ai pu constater les faits suivants: la liqueur acide privée d'alcool par évaporation à + 50o ne dissout plus la fibrine; la matière blanche possède, au contraire, un pouvoir dissolvant considérable quand elle est acidifiée; en elle paraît se résumer la propriété spéciale de la pepsine; ses propriétés, sur lesquelles je reviendrai prochainement, sont voisines de celles des albumines, moins son peu de solubilité dans l'eau, qu'explique son mode d'isolement par l'alcool; ainsi sa dissolution aqueuse est coagulable vers + 90o; elle précipite par les sels métalliques et les dissolutions de chaux et de baryte; en outre, elle mousse par l'agitation comme une solution d'albumine.

Quant au liquide acide, il fournit un sel barytique peu soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool à 60°; cet acide est certainement l'un des éléments actifs de la pepsine, car la solution aqueuse de la matière albuminoïde possède un pouvoir dissolvant de la fibrine inférieur à celui de la solution primitive d'où je l'ai extraite, en résumé, la pepsine me paraît être la combinaison d'une matière albuminoïde avec un acide organique, ce que j'espère démontrer prochainement.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Rigaud, à Neuilly.

ZOOLOGIE. — SUR LA DIFFÉRENCIATION DU PROTOPLASMA DANS LES FIBRES NERVEUSES DES UNIONIDES. Note de M. J. CHATIN, présentée par M. Alph. Milne Edwards.

La structure des fibres nerveuses chez les Mollusques, et particulièrement chez les Lamellibranches, a été très différemment interprétée par la plupart des anatomistes: tantôt on a représenté ces éléments comme réduits à un simple faisceau de fibrilles, tantôt on a cru pouvoir y décrire de nombreuses parties accessoires. L'observation permet de formuler une appréciation intermédiaire, car, sans révéler la complexité qui, suivant quelques auteurs, caractériserait ces fibres, elle y montre du moins certaines formations secondaires dont on ne saurait méconnaître la signification.

De teinte grisâtre et de consistance molle, les filets nerveux des Unionides (*Unio pictorum*, *Anodonta cygnea*, etc.) ne se laissent que difficilement dilacérer; il est rare que l'on parvienne à dissocier leurs fibres sans les briser. La dilacération doit être poursuivie lentement; il convient de ne la pratiquer qu'après avoir fixé les éléments par l'acide osmique; on peut ensuite traiter les pièces par le picrocarminate d'ammoniaque ou le rouge d'aniline, pour les monter enfin dans la glycérine.

On constate alors que l'axe est occupé par un faisceau de fibrilles disposées longitudinalement et donnant à l'élément l'aspect strié qui lui est propre. Autour de cette partie centrale se voit une couche protoplasmique dans laquelle des noyaux apparaissent çà et là; ces noyaux sont toujours d'une observation difficile (1), et l'on doit, sous ce rapport, relever une notable différence entre la fibre nerveuse du Lamellibranche et la fibre de Remak du Vertébré.

Considéré dans son ensemble, le protoplasma se montre finement granuleux; cet aspect se modifie souvent par la présence de pro-

(1) Il en est de même chez plusieurs autres types de la série des Invertébrés et spécialement chez différents Vers; peut-être quelques observateurs ont-ils trop rapidement conclu à l'absence de noyaux dans les fibres nerveuses de ces animaux; ils y sont seulement d'une constatation difficile.

---

objet de la nature et de l'industrie. » Il avait affublé cette sorte d'alphabet international du nom de *Sématotechnie*.

Je renonce à donner des explications plus étendues sur cette œuvre, qui était trop originale pour avoir des chances de réussite.

Mais Galtier-Boissière est connu plutôt comme ancien commissaire de la République en 1848 et comme chargé après le 4 septembre de faire disparaître sur les monuments publics les inscriptions et les emblèmes rappelant le régime déchu et de les remplacer par la vieille formule: Liberté, égalité, fraternité.

D'aucuns l'ont même accusé de vandalisme à cette occasion; il s'en défendit avec dignité.

C'était en réalité un de ces sympathiques demeurants d'un autre âge, un de ces républicains de la vieille roche, convaincus, on ne peut plus honnêtes et toujours prêts à sacrifier au triomphe de leurs idées et parfois de leurs utopies tout ce qu'ils possédaient, position, fortune, leur vie même.

Cet éloge du passé ne paraîtra-t-il pas une critique du présent et peut-être la satire de l'avenir?

Cependant je ne suis pas un apologiste quand même des anciens, non plus qu'un contempteur obstiné de nos contemporains. Et si Horace a pu dire (1):

Ætas parentum, pejor avis, tulit
Nos nequiores, mox daturos
Progeniem vitiosiorem.

j'avoue que je ne partage pas le pessimisme du poète latin.

Bien au contraire, je préfère qu'on répète le chant de Longfellow: *Excelsior*.

*
* *

Il n'y a pas que des bassesses dans notre temps:

Voyez le docteur Jules Crevaux allant bravement donner sa vie au service de la science, se faisant tuer par les peuplades sauvages de l'Amérique méridionale.

Il me semble voir encore cette fine tête, blonde, mais respirant l'énergie; je l'admirais au mois de mars 1880, lorsque Crevaux vint à Paris, accompagné de son fidèle Apatou, son serviteur nègre,

(1) Carm. lib. III, 6.

duits secondaires dont la nature peut varier mais dont l'origine est identique, car ils sont constamment dus à l'activité formatrice du protoplasma.

Dans la masse protoplasmique se distinguent d'abord des globules sphéroïdaux et réfringents, colorables en noir par l'acide osmique ; ce sont les granulations myéloïdes. Primitivement rares et éparses dans le protoplasma, elles se multiplient quelquefois assez rapidement, sans jamais s'unir ou se confondre au point de constituer une couche spéciale autour de la fibre nerveuse. Simple manifestation de la fonction stéatogène, commune à un si grand nombre d'éléments figurés, la genèse de ces corpuscules permet de les rapprocher de la myéline des Vertébrés, et l'on doit reconnaître que les dispositions propres aux Mollusques apportent un précieux concours à l'étude histogénique d'une substance dont l'évolution est toujours difficile à suivre dans le tube nerveux, trop tôt différencié, des animaux supérieurs. Chez les Lamellibranches, au contraire, elle apparaît lentement dans le protoplasma dont elle n'est qu'une émanation et dont elle n'altère aucunement la valeur fonctionnelle, tandis que chez les Vertébrés (tube à double contour) elle y détermine, par sa rapide prolifération, une véritable régression qui n'en laisse plus subsister que de minces fragments dont il faut même emprunter la notion à la gaine de Mauthner ou aux incisures de Schmidt.

Les corpuscules myéloïdes ne représentent pas l'unique produit qui dérive du protoplasma ; celui-ci se complique parfois encore de granulations pigmentaires. Assez fréquent dans certaines cellules nerveuses, le pigment n'a été que rarement indiqué dans les éléments conducteurs ; cependant il y a été signalé chez divers Invertébrés et dans quelques Vertébrés inférieurs (1). Chez les Lamellibranches, on voit souvent apparaître, dans le protoplasma, des granulations brunâtres ou jaunâtres. Elles semblent posséder une incontestable valeur spécifique, et je ne pense pas que l'on puisse les rapporter à une modification secondaire des corpuscules myéloïdes ; l'action de l'éther ou du chloroforme ne les altère aucunement.

Après avoir analysé les principaux produits dus à l'activité du protoplasma, il convient d'examiner si ce dernier conserve ses caractères originels dans toute sa masse, ou s'il ne manifesterait pas quelques différences locales de texture ou de densité. Ces études complémentaires offrent un intérêt particulier, puisqu'elles conduisent à rechercher si la gangue protoplasmique ne formerait pas à la périphérie de la fibre nerveuse une enveloppe spéciale et distincte des tuniques adventices, conjonctives, etc.

Rien n'est plus délicat que l'examen de cette question : on ne peut songer à l'observation directe ; il faut évidemment recourir aux coupes durcies et colorées. La meilleure technique consiste à faire macérer le nerf durant une semaine dans l'acide chromique à 2/1000, puis à enlever l'excès d'acide par plusieurs lavages à l'eau distillée ; la pièce est ensuite plongée dans l'alcool absolu. On peut alors pratiquer des coupes minces que l'on colore par le carmin ou le picro-carminate : si la préparation a été heureusement exécutée, on voit les fibres nerveuses dessiner des îlots rougeâtres, au centre desquels se distinguent de petits cercles accolés. Ce sont les fibrilles axiles qui apparaissent ainsi sur leur section transversale ; autour d'elles s'étend la couche protoplasmique où l'on ne remarque nul changement sensible, même si l'on modifie l'éclairage ou la nature du réactif colorant (carmin neutre opposé au carmin ammoniacal, etc.). Parfois cependant j'ai cru distinguer une couche extérieure légèrement ombrée ; mais, en admettant que cette zone présente quelque constance, elle serait à peine caractérisée par une minime différence de densité et l'on ne saurait l'assimiler à une gaine de Schwann, comparable à celle que l'on connaît dans le tube à double contour du Vertébré et dont on a si bâtivement doté la fibre nerveuse de certains Mollusques chez lesquels cette enveloppe eût même été doublée par un véritable manchon médullaire. En réalité, cette gaine semble faire ici défaut ou n'être représentée que par une zone protoplasmique légèrement condensée.

(1) Voir les travaux de MM. Ranvier, S. Mayer, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend :

1o Une lettre de M. le docteur Luton (de Reims), relative aux *injections sous-cutanées de mercure métallique* ;

2o Un pli cacheté adressé par M. le docteur Burq (accepté);

3o Un mémoire de M. le docteur Bertherand (d'Alger), relative à l'utilisation du goyavier en médecine (commission du prix Desportes) ;

4o Une note de MM. Dieulafoy et Krisbaber relative à *l'inoculation du tubercule sur le singe*. Cette fois, au lieu de matière tuberculeuse, c'est du pus provenant d'un phlegmon traumatique qui a été inoculé à une nouvelle série de dix singes, et un seul de ces animaux est mort tuberculeux.

Physiologie pathologique de la rage. — M. Depaul lit, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), une note dans laquelle l'auteur s'attache à montrer qu'il a conçu le premier l'idée de la trans-

apporter aux physiologistes du *curare* recueilli aux sources. Aujourd'hui qu'est devenu le cadavre de notre pauvre confrère ?

***

Lugete, ô Veneres, Cupidinesque,

disait Catulle à propos de la disparition du moineau de Lesbie.

La chronique médicale n'a-t-elle pas le droit de formuler la même plainte à l'occasion de la mort d'Amédée Latour, qui apporta aux feuilletons, sous les pseudonymes successifs de Jean Raymond et du docteur Simplice, non le bavardage insignifiant du moineau, mais le charme et la variété du gazouillement de *Philomèle*, du rossignol délicieux ?

Le rez-de-chaussée d'un journal scientifique n'est-il pas, en effet, par rapport à la science du texte, ce que les récréations, les plaisirs sont dans la vie ordinaire du monde?

Aussi, après avoir jeté des larmes et des regrets sur la tombe à peine fermée de l'honnête homme, du bienfaiteur de la profession, du gracieux écrivain, du digne journaliste, le chroniqueur doit-il se taire en signe de deuil.

Dr Péter-Paul Somans.

École de médecine de Poitiers. — Par arrêtés en date du 19 juin 1882, il a été décidé : 1o qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 26 décembre 1882 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers ; 2o qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert le 21 décembre 1882 à ladite École. — Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

***

Faculté de médecine de Toulouse. — Dans sa séance du 7 juin, le Conseil municipal de Toulouse a approuvé les conclusions du rapport tendant à l'acquisition du collège Sainte-Marie pour l'installation des Facultés des sciences et de médecine.

La ville a réitéré l'engagement qu'elle a pris dans le traité du 20 novembre d'inscrire annuellement dans son budget la somme de 280,000 francs, ainsi que l'engagement relatif à la Maternité et aux Cliniques.

***

mission du virus de la rage jusqu'au bulbe. Il dit qu'il est arrivé, dans une brochure publiée en 1879, à cette double conclusion générale : que l'hypothèse de l'absorption du virus rabique par le sang est partout pleine d'obscurité et n'explique aucun des phénomènes, tandis que l'hypothèse de la transmission de ce même virus par les nerfs, non seulement rend compte d'un assez grand nombre de ces phénomènes, mais permet d'en prévoir beaucoup d'autres et ouvre ainsi un champ aussi vaste qu'attrayant aux recherches expérimentales qu'on ne manquerait pas d'instituer dans l'avenir.

Sur la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses. —M. Hillairet, au nom d'une commission composée de MM.H. Roger, Bergeron et J. Hillairet, lit un rapport rédigé en réponse à une lettre adressée le 20 avril dernier à l'Académie de médecine par le ministre de l'instruction publique, et lui demandant « combien de temps un élève atteint de maladie contagieuse doit être éloigné de ses camarades ? » M. le rapporteur énumère comme maladies contagieuses susceptibles de se transmettre dans les lycées : la varicelle, la variole, la scarlatine, la rougeole, les oreillons, la diphtérie.

La varicelle, dont la marche est souvent irrégulière, peut, dans certains cas, avoir une durée de dix à douze jours pour la chute des croûtes ; l'isolement devra être de vingt-cinq jours.

La variole a une période prodromique de trois à quatre jours : celle d'éruption de quatre à cinq ; celle de suppuration des pustules de trois à quatre ; la dessiccation demande trois jours ; la chute des croûtes six jours ; puis vient une période de desquamation furfuracée sans limites précises. On peut donc fixer à quarante jours la durée moyenne de l'isolement.

Dans la scarlatine, la période d'invasion est de six à quarante-huit heures, exceptionnellement trois jours ; l'éruption s'effectue en cinq ou six jours (d'autres disent six à huit) ; la desquamation commence le quatorzième ou quinzième jour ; elle a une durée qui varie de quinze à vingt-six jours. L'isolement devra être de quarante jours.

La rougeole a une période prodromique de trois à quatre jours en moyenne, exceptionnellement de six à huit et même douze jours. L'éruption s'effectue en douze à quarante-huit heures, puis elle décline durant environ quatre jours ; la desquamation dure de huit à quinze jours. Un isolement de quarante jours sera donc suffisant.

Les oreillons ont en moyenne une durée de six jours dans les cas ordinaires : la convalescence est de six à sept jours, jusqu'à la disparition complète de la tuméfaction des parotides. S'il y a quelque complication par métastase, cette complication dure environ neuf jours en moyenne. Un isolement de vingt-cinq jours sera donc suffisant.

La durée de la diphthérie est très variable, mais, par prudence, il est bon de fixer pour l'isolement la durée la plus longue, soit quarante jours.

M. le rapporteur insiste sur ce point que l'isolement doit être absolu ; il cite un règlement promulgué le 25 septembre 1773 par la *Chambre de ville de Dijon*, et qui preservait déjà cet isolement absolu pour la variole.

En conséquence, la commission propose l'adoption des mesures suivantes :

1o Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons ou de la diphtérie seront strictement isolés de leurs camarades ;

2o La durée de l'isolement devra être de 40 jours pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphthérie; de 25 jours pour la varicelle et les oreillons ,

3o L'isolement ne cessera que lorsque le convalescent aura été baigné ;

4o Les vêtements que l'élève portait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à plus de 90 degrés et soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés ;

5o Les objets de literie, les rideaux du lit et de la chambre d'isolement, les meubles et les parois même de la chambre doivent être largement désinfectés, lavés, puis aérés ;

6o L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré, que muni d'un certificat de médecin, attestant qu'il a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Blot, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du rapport sur le service de la vaccine en France pendant l'année 1880.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1882. — Présidence de M. Guéniot.

M. Delens lit un rapport sur une observation de M. Richelot : *Cure d'une fistule salivaire du canal de Sténon par un procédé nouveau.*

L'orifice de cette fistule se trouvait au niveau du masséter ; il y avait eu un abcès qui avait donné lieu à deux ouvertures, dont une au niveau du buccinateur fut employée pour recevoir un drain qui conduisait la salive dans la cavité buccale ; la fistule externe fut fermée, et le tube à drainage enlevé peu à peu. La guérison fût complète.

M. Trélat : J'ai soigné deux fistules du canal de Sténon ; l'une était survenue à la suite de l'ablation d'une tumeur de la parotide ; il suffit au malade de porter pendant quatre jours un appareil compresseur construit par Charrière pour obtenir la guérison.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une fistule cutano-muqueuse, consécutive à un calcul du canal de Sténon, qui avait déterminé un abcès. Le trajet de la fistule à travers la joue était très oblique ; je fis passer un fil de fer à travers la fistule, puis je traversai la joue, de façon à faire revenir le fil dans la bouche et je tordis les deux chefs au moyen d'un serre-nœud. Il en résulta une perte de substance assez étendue, et la fistule externe se ferma assez rapidement. Aujourd'hui je me servirai d'un fil en caoutchouc.

M. Le Fort : J'ai eu à traiter une fistule de ce genre consécutive à un épithélioma de la face ; j'ai employé le même procédé que M. Trélat avec cette différence que je me suis servi d'un fil de soie. Ce procédé est décrit dans Malgaigne.

M. Desprès rappelle que ce procédé est celui de Deguise père, modifié par Malgaigne.

M. Le Dentu fait un rapport oral sur une ectopie périnéale du testicule droit, observé par M. Baudry, de Lille, chez un nouveau-né. Il existait chez cet enfant, à deux centimètres en avant de l'anus et à droite du raphé, un corps ovalaire ayant tous les caractères d'un testicule ; le scrotum du même côté était vide et il y avait un cordon qui partait de ce corps pour se diriger vers l'orifice inguinal.

Pas de hernie, pas d'hérédité. Cette ectopie était unilatérale, ce qui est la règle. M. Baudry se pose la question de l'intervention chirurgicale pour éviter les froissements et la dégénérescence consécutive possible de la glande. M. Le Dentu est du même avis, réservant cette intervention pour les cas urgents : l'opération est sans danger, puisque l'opération dans le cas d'ectopie inguinale est très bénigne, d'après les travaux de MM. Monod et Terrillon. Or cette dernière est néanmoins plus dangereuse que dans les cas d'ectopie périnéale.

M. Trélat communique un cas de rectotomie linéaire. Il s'agit d'un homme de 56 ans, atteint d'un épithélioma du rectum, dont les limites inférieures étaient presque atteintes par le doigt. Le malade était dans un état d'épuisement très avancé et semblait n'avoir plus que peu de jours à vivre. Comme il souffrait beaucoup et qu'il avait un ténesme insupportable, M. Trélat lui fit la rectotomie linéaire avec le thermo-cautère. Cet homme, qui semblait mourant, fut de suite très soulagé. et il a survécu sept mois et demi à l'opération. Ce fait vient encore à l'appui de l'opinion que j'ai déjà formulée, que les opérations palliatives peuvent donner une survie plus grande que les opérations curatives, dans les cas de cancer du rectum.

M. Verneuil est heureux du fait communiqué par M. Trélat. Il prouve une fois de plus que la rectotomie linéaire est une opération efficace, facile à faire et sans danger.

M. Després : Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer la rectotomie, et je me trouve très bien du moyen employé par les anciens maîtres, la dilatation progressive.

M. Le Dentu : J'ai fait huit fois la rectotomie linéaire, jamais je n'ai eu d'accidents et j'ai toujours obtenu un bénéfice immédiat de cette opération. Cinq fois je l'ai faite pour des cancers du rectum très douloureux, et dans les cinq cas les douleurs ont cessé immédiatement.

M. Le Fort : Une autre considération que la douleur plaide encore en faveur de la rectotomie linéaire, c'est la possibilité de la rupture du rectum au-dessus du cancer, tandis que la dilatation progressive peut amener des déchirures de l'intestin.

M. Trélat fait une seconde communication relative à une hernie étranglée. Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui avait une hernie inguinale droite, au niveau de laquelle elle eut un abcès il y a trois ans, celui-ci avait laissé des cicatrices assez profondes. Le taxis sous le chloroforme étant resté sans résultat, je fis l'opération. La réduction sans ouverture du sac fut vainement tentée; celui ci fut ouvert, l'intestin était très adhérent aux parois du sac; en essayant de rompre ces adhérences l'intestin se déchira. Je le suturai par le procédé de Lambert, puis la réduction fut faite ; le sac fut reséqué et je mis un drain qui allait jusqu'à l'orifice péritonéal; cette dernière pratique est très bonne, car elle empêche la stagnation du liquide péritonéal, fait qui est la cause de beaucoup d'accidents.

M. Lucas-Championnière n'est pas de l'avis de M. Trélat et ne pense pas qu'il faille faire pénétrer le drain jusque dans la cavité péritonéale, cela s'oppose à la cure radicale de la hernie. Quant à la réduction sans ouvrir le sac, il n'en voit pas la nécessité; l'ouverture n'a pas d'inconvénients avec les moyens antiseptiques que l'on emploie aujourd'hui.

M. Giraud-Teulon est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

Séance du 12 juillet 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Pozzi, à propos du procès-verbal, communique une observation de fistule du canal de Sténon qu'il a guérie par un procédé à peu près semblable à celui de M. Richelot : il s'agissait d'une jeune fille qui avait eu une périostite du maxillaire supérieur, avec abcès qui fut ouvert; consécutivement, il y eut une fistule du canal de Sténon. Pour guérir celle-ci, M. Pozzi passa directement et non obliquement un tube à drainage au niveau de la fistule. Au bout de quelque temps, la salive ne coulait plus que par l'orifice muqueux; le tube fut alors enlevé et la guérison fut complète. Puis, pour faire disparaître la dépression formée par la cicatrice, Pozzi enleva les bords de la fistule et fit une suture; à la suite il survint une petite fistule qui laissait passer quelques gouttes de salive ; une cautérisation au nitrate d'argent suffit pour amener la guérison complète.

— M. Després prend la parole au sujet de la discussion sur les fongosités articulaires : M. Lannelongue, dit-il, a admis que l'arthrite tuberculeuse était caractérisée par la présence d'un élément spécial, le tubercule, qui est capable d'infecter l'économie toute entière; ayant admis cela, il devait conclure que toutes les fois qu'il existait et qu'on reconnaissait une arthrite tuberculeuse, il fallait recourir à l'amputation immédiate. Il faudrait donc, dès le début, bien établir si l'arthrite est tuberculeuse ou non. Du reste, M. Després n'est pas édifié sur les expériences de M. Lannelongue, celles de Kortes, et de Villemin, et il voudrait que l'on fît des inoculations avec du pus d'une suppuration quelconque, afin de voir si cela ne produirait pas du tubercule.

Quant à la division des arthrites, M. Després aimerait mieux que l'on dise arthrite chez les tuberculeux et arthrite chez les non-tuberculeux.

Ainsi des arthrites simples, chez des enfants qui ont de mauvais antécédents héréditaires ou qui sont prédisposés à la tuberculose, peuvent devenir tuberculeuses, sans que l'on soit autorisé à dire que le tubercule existait primitivement.

Il n'y a qu'une variété d'arthrite qui soit rarement susceptible de devenir tuberculeuse, c'est l'arthrite traumatique.

Il existe un moyen de savoir si une arthrite est susceptible de devenir tuberculeuse. Il faut d'abord rechercher les antécédents héréditaires et personnels du malade ; si celui-ci a eu antérieurement une maladie grave, il faut se méfier, car l'arthrite deviendra probablement tuberculeuse. Ensuite il faudra immobiliser la jointure pendant un temps prolongé (six mois au moins). Si, au bout de ce temps, il y a une amélioration très notable, il y a des chances pour que l'arthrite ne devienne pas tuberculeuse, et il faut continuer le traitement. Si, au contraire, il n'y a pas d'amélioration ou si l'état s'aggrave, il faut recourir le plus tôt possible à l'amputation, qui pourra retarder le développement de la tuberculose.

M. Le Fort présente un malade auquel il a fait l'amputation ostéoplastique du pied, pour une ostéite des os du pied. Pour pratiquer cette opération, M. Le Fort fait la désarticulation du pied, sans s'occuper de l'astragale, puis il scie horizontalement le calcanéum; ce procédé a l'avantage de faire marcher le malade sur la peau du talon.

M. Després présente une malade qui avait un kyste de l'ovaire, qui avait été ponctionné une première fois en province. M. Després lui a fait deux ponctions avec injection iodée, et, depuis six mois qu'a eu lieu la dernière ponction, la guérison s'est maintenue.

M. Fieuzal présente un malade qu'il a opéré d'ectropion cicatriciel, remontant à l'enfance, par transplantation cutanée de deux lambeaux, un de 10, l'autre de 6 centimètres carrés, pris sur l'avant-bras.

M. Parinaud présente un enfant atteint de fistule dentaire, simulant une tumeur lacrymale.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Statistique de la Maternité. — M. Tarnier réclame contre l'omission de son nom, dans la dernière séance, comme l'auteur des mesures auxquelles on doit la diminution si considérable observée dans la morbidité et la mortalité des femmes accouchées à la Maternité. Dans le discours qu'il a prononcé récemment, lors de la distribution des prix aux élèves sages-femmes, il a étudié la mortalité des femmes accouchées dans cet établissement pendant

le cours des vingt-quatre dernières années (1858-1882), qu'il divise en deux périodes de douze années chacune. Dans la première, qui s'étend du 1858 à 1869, la mortalité a été de 9,31 0/0, tandis que dans celle qui va de 1870 à 1882 la mortalité est descendue à 2,32 0/0. Cet abaissement considérable n'est pas dû au hasard, mais M. Tarnier l'attribue à trois causes principales : 1o Séparation absolue du personnel attaché au service de l'infirmerie des femmes atteintes de maladies puerpérales du personnel de la salle des accouchées valides ; cette mesure est *uniquement* due à l'initiative personnelle de M. Tarnier ; 2o construction d'un pavillon à chambres séparées ; dans ce pavillon, sur 1,223 accouchements, il n'y a eu que 6 décès, et même, du 29 mai 1879 jusqu'à ce jour, sur 608 accouchements, on n'a pas eu à enregistrer un seul décès ; 3o application de la méthode antiseptique à dater de 1878.

Gangrène sèche. — M. Guyot donne lecture de deux observations de gangrène sèche suivie de gangrène humide. Le premier cas se rapporte à un homme de soixante-dix-sept ans, atteint de glycosurie et d'endocardite chronique ; il a parfaitement guéri ; le second est celui d'un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint de fièvre typhoïde, qui est mort presque subitement des suites d'une hémorragie secondaire, après l'amputation du membre inférieur gangrené.

Le premier malade est un homme du monde, qui avait eu déjà plusieurs fois des accidents de phlébite. Son pied se momifia et la gangrène sèche fit bientôt place à la gangrène humide ; on le traita par les pansements phéniqués. Au bout de deux mois, on put détacher la jambe dans l'articulation du genou ; quinze jours plus tard, on enleva la rotule et le tendon rotulien. Les pansements phéniqués furent continués. Au bout de trois mois, des bourgeons charnus commençaient à se développer. Après avoir passé quatre mois à Versailles, le malade fut envoyé à Cannes. A son retour au mois de mai, on détacha peu à peu les cartilages des surfaces articulaires, et aujourd'hui cet homme est parfaitement guéri, sauf deux petits points insignifiants qui donnent encore un peu de pus ; il marche maintenant à peu près bien avec des béquilles ; il a aujourd'hui plus de soixante-dix-neuf ans. La glycosurie n'a pas reparu depuis l'opération.

Quant au deuxième malade, la gangrène, sèche d'abord, puis humide, survint au douzième jour de la fièvre typhoïde ; les douleurs étaient épouvantables et lui arrachaient de véritables hurlements, malgré les piqûres de morphine qui lui furent faites ; aussi réclamait-il à cor et à cris qu'on l'amputât de son membre. L'opération fut pratiquée aussitôt par M. Labbé ; tout allait bien, la plaie paraissait en bonne voie de cicatrisation, lorsque survint au quatrième jour une hémorragie secondaire immédiatement mortelle.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — Il s'agit d'un enfant de deux ans entré à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Cadet de Gassicourt, le 11 novembre 1881, enfant chétif, misérable, né de parents rhumatisants à un degré élevé avec affection cardiaque, de telle sorte que l'hérédité était flagrante. A sa naissance, il était bleu, cyanosé, dans un tel état enfin, qu'il semblait « hésiter entre la vie et la mort ». Malgré les difficultés de diagnostic qu'il présentait, plus tard, à son entrée à l'hôpital, M. Cadet de Gassicourt n'hésita pas à se prononcer pour un rétrécissement de l'artère pulmonaire sans lésion de l'aorte, en même temps qu'il reconnaissait l'existence d'une communication entre les deux cœurs, communication très probablement interventriculaire. Enfin, il devait exister une tuberculisation généralisée.

L'autopsie confirma le diagnostic. Le cœur pesait 50 grammes, c'est-à dire un peu moins que d'habitude à cet âge.

Gavage. — M. Dujardin-Beaumetz présente un malade qu'il soumet depuis quelque temps à l'alimentation forcée ou gavage au moyen d'une sonde de moitié moins longue que le tube de Faucher et munie d'un mandrin en baleine courbée à son extrémité. Grâce à l'aplatissement de son extrémité pharyngienne, l'introduction en est des plus faciles. L'extrémité buccale se termine par un tube en caoutchouc qui empêche le tube d'être dégluti en entier. Le mélange alimentaire est déposé dans un réservoir de verre de la capacité de 2 litres et demi, muni de deux tubulures, l'une en communication avec la sonde œsophagienne, l'autre avec un disque en caoutchouc communiquant avec une poire de même matière sur laquelle on exerce les pressions nécessaires pour faire monter le liquide dans la sonde. Le malade peut ainsi s'alimenter lui-même avec la plus grande facilité au bout de quelques jours d'apprentissage.

Syphilis et injections sous-cutanées. — M. Martineau fait connaître les résultats que lui ont donné les injections sous-cutanées de peptone ammonique mercurique depuis ses premières expériences : 600 malades ont été traités par cette méthode depuis quatorze mois ; 11,000 injections hypodermiques ont été pratiquées sans donner lieu à aucun accident local cutané (phlegmon, abcès, eschare, etc.), même chez des syphilitiques diabétiques. L'innocuité de la solution neutre est donc un fait acquis, car il n'y a non plus ni salivation ni troubles gastro-intestinaux.

La méthode est beaucoup plus efficace et d'une action plus rapide que par tous autres modes d'administration du mercure, voie stomacale ou frictions. Do plus, l'aglobulie, si fréquente chez les femmes syphilitiques, disparaît au bout de huit jours ; les malades augmentent en poids, la densité des urines est rendue plus grande par l'augmentation des chlorures et de l'urée. Enfin, la tolérance du mercure ainsi administré est parfaite et la médication peut être prolongée sans crainte de voir survenir la cachexie mercurielle, grâce à une absorption rapide et à une prompte élimination par les urines.

— La séance est levée à cinq heures.

Varèle.

BIBLIOGRAPHIE

Fragments de chirurgie antiseptique, par le docteur J. Bœckel.— Paris, Germer-Baillière, 1882.

Sous le titre modeste de *Fragments de chirurgie antiseptique*, M. J. Bœckel, de Strasbourg, nous fait connaître sa pratique chirurgicale de 1876 à 1881. Nourri de bonne heure des doctrines fécondes de Pasteur et de Lister, partisan convaincu de la méthode antiseptique, plein de confiance dans la puissance de ses effets et dans la sûreté de ses résultats, il a pu dans un grand hôpital obtenir des succès opératoires remarquables absolument inconnus avant cette nouvelle chirurgie.

Ce livre, en effet, n'est, pour ainsi dire, que l'exposé de la manière de faire de M. J. Bœckel et la publication de son bilan opératoire. L'auteur, avec intention, a laissé à part toute question de doctrine pour n'aborder que le côté pratique, et c'est d'après le dépouillement de 318 observations qu'il a écrit ce livre, qui pourrait, à juste raison, s'intituler : *Traité de chirurgie antiseptique*. Tous les sujets à peu près de la chirurgie courante s'y trouvent en effet passés en revue et forment l'objet de chapitres distincts.

Les amputations, les résections, l'ostéotomie, la trépanation, les opérations sur les vaisseaux, sur le péritoine, la laparotomie, les ablations de tumeurs y figurent avec un contingent de faits très importants dans chaque division. Pour les opérations les plus nombreuses, telles que les amputations et les résections, des tableaux très bien faits permettent au lecteur de saisir d'un coup d'œil tous les incidents notables de l'observation, et des statistiques raisonnées nous montrent à quel mi-

nimum de mortalité l'antisepsie peut amener les plus grands traumatismes opératoires. Et même, ne pourrait-on pas encore approcher davantage de la perfection dans les résultats, en tenant un compte peut-être plus rigoureux de l'état constitutionnel de certains malades, qui vient compromettre les opérations les mieux conçues et les mieux exécutées?

Comme on le comprend, du reste, un tel ouvrage se prête peu à l'analyse; si l'ensemble forme un des plus utiles traités qui aient paru sur la matière, c'est grâce à la multiplicité des faits et des détails contenus dans le corps de l'œuvre et toute analyse, si longue qu'elle puisse être, ne peut donner de ce travail qu'une idée incomplète, trop heureuse si elle peut en faire saillir les côtés les plus originaux.

Parmi ceux-là, je place au premier rang le soin qu'a mis M. J. Bœckel à nous initier à sa manière de faire, à ce que j'appellerais volontiers la *technique opératoire* de la chirurgie antiseptique. Rien de plus simple en apparence que d'appliquer l'antisepsie à toutes les opérations, rien de plus compliqué dans la pratique que de la réaliser d'une manière complète, si l'on n'a pas pour chaque cas un *modus faciendi* qui, jusqu'à ce jour, n'est pas encore vulgarisé suffisamment en France. Le choix des incisions, la taille des lambeaux, le mode de réunion, le drainage, le renouvellement des pansements, constituent autant de points qui ne peuvent être traités d'une manière générale et que l'on est bien aise de trouver à propos de chaque opération en particulier.

Qu'on se reporte dans ce livre aux considérations qui précèdent le détail des amputations, qu'on parcoure les pages où sont exposés les procédés opératoires et le mode de pansement des résections du genou et de la hanche, les indications et le manuel des ostéotomies; et l'on y trouvera consignés les résultats d'une expérience déjà grande et d'une pratique sagement raisonnée dont nous recueillons les fruits.

Mon excellent ami, J. Lucas-Championnière, nous a initiés aux principes généraux de la chirurgie antiseptique; M. J. Bœckel nous en a montré les fertiles applications dans une foule de circonstances variées : l'un et l'autre, après les grands promoteurs de la méthode, ont droit à notre reconnaissance.

G. Bouilly.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

RÉCLAME

N'UNG MAISTRE BARBIER ET SIRURGIEN PARISIEN DU XVI[e] SIÈCLE.

Le curieux prospectus que nous ne reproduisons ici qu'à titre de document sur l'histoire de la médecine, est la réclame d'un chirurgien de la première moitié du seizième siècle qui demeurait à Paris, dans ce que l'on appelait alors le « faulxbourcz sainct Germain des prez », et dont la spécialité était de traiter et « garir tontes malladies procedentes de la grosse verolle et aultres malladies segrettes. »

Cette petite pièce, découverte dans une reliure par M. Léopold Delisle, membre de l'Institut, a été communiquée par lui à l'une des dernières séances du Conseil d'administration de la Société de l'histoire de Paris et de l'Ile-de-France. Elle appartient aujourd'hui à la Bibliothèque nationale de par la générosité de M. E. Deseille (de Boulogne-sur-Mer). Elle est à peu près complète, sauf quelques mots effacés à l'avant-dernière ligne et la dernière ligne tout entière qui devaient donner l'adresse exacte de notre chirurgien, ainsi que le nom de celui qui devait faire distribuer ce prospectus (1).

Plaise uos (vous) scauoir (savoir) ql (qu'il) y a aux faulxbourcz saict (saint) Germain des prez ung (un) mai | (2) stre barbier et sirurgien q (qui) est bie (bien) expert et bie (bien) experimete (expérimenté) et qui a faict plu | sieurs belles cures et beaux experimes (expériments) en la uille (ville) de Paris et ailleurs qui | auec (avec) laide (l'aide) de dieu garist (guérit) de toutes malladies pcedetes (procédentes) de la grosse uerol | le (vérole) curable sans greuer (grever) nature ne (ni) faire uioleces (violences) aux paties (patients). Et aussy garist | (guérit) « le dit maistr » (3) e de plusieurs aultres malladies segrettes (secrètes) et aultres q (qui) ne sont pas icy declarez (indiquées). | « Et le dit maist » re garist par bruuaiges (breuvages) sans frotter doignemes (d'oignements) et sans suer : et sy led (ledit) maistre | « garist bie » n (guérit bien) aussy par suer et par frotter doignemes (d'oignements) q (qui) uouldra (voudra). Et aussy qui uouldra (voudra) estre (être) | « traicté pou » r faire la diete le dit maistre la fera faire honnestemet (honnêtement). Et premieremet (premièrement) garist (guérit) lc | « dit mai » stre de gouttes nouees (nouées) ou a nouer, de nerfz retraictz (rétractés) et de ueilles (vieilles) ulcères, dartres | « à la ma » in ou en aultre lieu : chancre en la gorge ou en la bouche ou au palais auecqs (avecques) les | ..... « car » tillages alterez (altérés). Ou sil (s'il) y a quelque personnaige (personne) qui ait trou au palais et que a ra | « ison du dit » trou le personnaige (la personne) parle du nez, uienne (vienne) par deuers (devers) ledit maistre et auec (avec) laide (l'aide) d | « e dieu il pour » ra bien (*sic*) parler. Ledit maistre demeure aux faulxbourcz sainct (*sic*) Germain des | « prez » . . . . uis à uis (vis à vis)? (4) d'ung (un) patissier Et entre. . . . . (5) »

Varèle.

***

Nécrologie. — Les journaux de médecine allemands annoncent la mort, à l'âge de cinquante-sept ans, de Nicolas Friedreich, professeur à Heidelberg. Friedreich est l'auteur de publications nombreuses justement estimées, parmi lesquelles nous citerons une monographie sur l'atrophie musculaire progressive; le chapitre des affections du pancréas dans le Compendium de Ziemssen; le chapitre des affections du larynx et des fosses nasales, dans la pathologie de Virchow; un mémoire sur l'atrophie avec dégénérescence des cordons postérieurs, enfin le Traité bien connu des affections du cœur, qui a eu les honneurs d'une traduction française.

E. R.

***

École de médecine de Rennes. — M. Porcher, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Hor-

(1) Voir le tome VIII des Bulletins de la Société de l'histoire de Paris, pages 130-131, année 1881. Paris, H. Champion.

(2) Le trait | indique la fin de chaque ligne du manuscrit.

(3) Les passages entre deux guillemets sont en partie détruits sur le manuscrit.

(4) Les mots « *vis à vis* » sont plus supposés que lus, tant les caractères sont effacés.

(5) La fin de la phrase n'existe plus

tolès est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Audouin, démissionnaire.

***

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Concours pour l'admission dans le corps de santé de la marine.*

En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon, de Brest, à partir du 1er septembre 1882, dans le but de pourvoir à douze emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1o S'il n'est Français ou naturalisé Français ;

2o S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-huit ans au plus accomplis au 31 décembre de l'année du concours ;

3o S'il n'est reconnu propre au service de la marine après constatation faite par le Conseil de santé.

4o S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions ;

5o S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat.

6o S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans les cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de première classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du Conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats.

Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours. Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont remises après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé les matières au concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien.

***

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — Par arrêté en date du 19 juin 1882, le ministre de l'Instruction publique a décidé qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 26 décembre 1882, à cette école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par un autre arrêté pris à la même date, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert le 21 décembre 1882, à la même école.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Jules Jaillet vient d'être nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique.

***

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — La composition écrite aura lieu le 3 novembre prochain, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août prochain.

Quant au mémoire exigé des élèves de la première division, il devra être déposé au secrétariat général avant le 15 août, dernier délai.

***

CONCOURS DU CLINICAT. — Les épreuves ont commencé le 10 juillet. Les candidats sont au nombre de 29, ce sont :

1o Clinicat médical : MM. Brault, Brissaud, Comby, Decaisne, Faisans, Gaucher, Juhel-Rémon et Leroux ;

2o Clinicat des maladies des enfants : MM. Variot et Leroux ;

3o Clinicat des maladies mentales : MM. Boyé, Millet, Vallon et Rueff.

4o Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : M. Leloir.

5o Clinicat chirurgical : MM. Bazy, Desnos, Jullien, Petit, Pengrueber et Segond ;

6o Clinicat obstétrical : MM. Bar, Champetier de Ribes, Doléris, Loriot, Maygrier et Stapfer.

***

EXAMENS DE MÉDECINE. — Dans sa séance de mercredi, le Conseil supérieur de l'instruction publique s'est occupé des projets de décrets relatifs aux inscriptions pour les concours de médecine.

***

ÉLECTIONS. — M. le docteur Bona vient d'être élu conseiller général de la Creuse.

— M. le docteur Fiaux a été élu, dimanche dernier, conseiller municipal du dixième arrondissement de la ville de Paris.

***

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. le docteur Vialannes est nommé répétiteur et attaché au laboratoire de zoologie anatomique en remplacement de M. le docteur Brocchi, démissionnaire.

***

CLINICAT. — Notre collaborateur et ami M. le docteur Picqué vient d'être nommé chef de clinique à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Gosselin, en remplacement de M. le docteur Henryet, nommé chirurgien du Bureau central.

— M. le docteur Redard est nommé chef de clinique de M. le professeur Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. le docteur Duret, nommé chirurgien du Bureau central.

***

— HÔPITAL DE STRASBOURG. — Le monument élevé à la mémoire de l'ancien professeur de clinique interne, M. Schutzenberger, a été inauguré jeudi dans la cour de l'hôpital civil de Strasbourg.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Pihier, pharmacien de première classe, vient d'être nommé professeur d'histoire naturelle.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Besnard du Temple vient d'être chargé, pour une période de six ans, des fonctions de chef des travaux chimiques.

***

COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — M. le ministre de la guerre a pris, en date du 17 juin, l'arrêté suivant : Le Comité consultatif de santé examine et apprécie avant qu'ils soient soumis au Conseil d'Etat : 1o les dossiers de pension de retraite pour infirmités consécutives à des maladies ou des blessures ; 2 les dossiers pour pensions à accorder aux veuves ou pour secours annuels aux orphelins de militaires morts par suite de maladie ou de blessures ; 3o les dossiers pour gratifications renouvelables ou temporaires de réforme ; les propositions de mise en non-activité pour infirmités temporaires ou en réforme pour infirmités incurables.

FACULTE DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882.

10. M. Vilfroy. Du pannus et de son traitement par l'inoculation blennorrhagique. — 11. M. Bels. Des modes d'administration du salycilate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — 12. M. Joire. Des indications du trépan dans les épanchements intra-craniens consécutifs aux traumatismes. — 13. M. Traill. Etude sur les injections sous-cutanées d'éther sulfurique à dose excito-stimulante. — 14. M. Lemaire. Considérations sur les brûlures des os et du crâne. — 15. M Andt. Remarques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, d'après quelques épidémies modernes.— 16. M. Maqnart. Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique. — 17. M. Baelde. De la fièvre typhoïde à la campagne. Etude étiologique. — 18. M. Rendu. Considérations sur la périnéorrhaphie dans les ruptures totales du périnée.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 30 JUIN AU JEUDI 6 JUILLET 1882.

Fièvre typhoïde 35. — Variole 22. — Rougeole 28. — Scarlatine 6. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 46. — Dysenterie 3. — Erysipèle 12. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Phthisie pulmonaire 180.— Autres tuberculoses 15.—Autres affections générales 69 — Malformation et débilité des âges extrêmes 34. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 60. — au sein et mixte 35. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 100. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 47. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1041 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 30 29 JUILLET 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 27 juillet 1882.

Académie de médecine : DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE PAR LE LAIT D'ANESSE CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE.— EXTIRPATION D'UN ÉPITHÉLIOMA DE L'AMYGDALE AVEC RÉSECTION PRÉALABLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Revue de l'étranger : LA MÉTHODE DE M. PASTEUR DEVANT LA COMMISSION NOMMÉE PAR LE GOUVERNEMENT PRUSSIEN POUR CONTRÔLER LA VALEUR DES INOCULATIONS VACCINALES DANS LA MALADIE CHARBONNEUSE.

Il y a environ deux ans, le conseil municipal de Paris vota l'installation à l'hospice des Enfants-Assistés d'une nourricerie destinée à servir de champ d'étude pour l'appréciation des différents modes d'alimentation artificielle chez les enfants du premier âge. M. le professeur Parrot, chargé de la direction de ces recherches, a fait connaître mardi dernier à l'Académie de médecine les premiers résultats obtenus, et son intéressante communication a obtenu un succès mérité. Il résulte des faits exposés à la tribune de l'Académie par M. Parrot que l'allaitement direct au pis des animaux est de tous les procédés d'alimentation artificielle celui qui convient le mieux pour les enfants du premier âge ; que le lait de la chèvre jouit d'un renom exagéré, en tant qu'aliment destiné à remplacer le lait de la mère, et qu'il est loin de valoir pour cet usage particulier le lait d'ânesse, qui par sa composition chimique se rapproche le plus du lait de la femme.

C'est à des conclusions en tous points semblables qu'est arrivé M. Tarnier, à la suite des expériences qu'il a, de son propre mouvement, instituées à la Maternité. Ayant reconnu que les nourrissons confiés à une nourrice qui continuait de donner le sein à son propre enfant ne recevaient en réalité que du lait de vache, victimes qu'ils étaient d'une fraude excusable, dont les motifs se devinent, M. Tarnier a expérimenté successivement l'allaitement direct au pis de la chèvre, l'allaitement avec le lait de chèvre pur ou coupé avec divers mélanges et donné au verre, l'alimentation artificielle avec du lait condensé, avec une préparation (Biedert) qui jouit actuellement d'une grande vogue dans certaines parties de l'Allemagne, et il est arrivé en fin de compte à des résultats déplorables. Au contraire, l'alimentation par le lait d'ânesse, pratiquée régulièrement à la Maternité depuis le mois d'avril 1881, a entraîné un abaissement notable du chiffre de la mortalité parmi les enfants du premier âge qui séjournent dans cet hôpital. Toutefois, passé l'âge de deux mois, les jeunes nourrissons ne trouvent plus dans le lait d'ânesse un aliment suffisamment réparateur, et alors M. Tarnier conseille de revenir au lait de vache, coupé avec trois parties d'eau tenant en dissolution 5 gr. pour cent de sucre. Progressivement on diminuera la quantité d'eau, pour arriver à ne plus donner que du lait pur à l'enfant, une fois que celui-ci aura atteint l'âge de six mois.

Cette question de l'allaitement artificiel touche à de trop graves intérêts pour que nous n'y revenions pas en plus grands détails dans un prochain article.

— Dans cette même séance, M. Labbé a présenté un sujet qu'il a opéré d'un épithélioma de l'amygdale droite avec envahissement du voile du palais, du plancher de la bouche et de la base de la langue. L'intérêt de cette présentation réside dans certain détail du manuel opératoire. Pour arriver sur des tumeurs de la cavité buccale, on pratiquait jusqu'ici, en fait d'opération préliminaire, soit la section des parties molles depuis la commissure jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur, soit la division du maxillaire inférieur, procédé inauguré par Sedillot et Roux et repris dans ces derniers temps par un chirurgien de Berne, M. Kocher. Chez son malade, M. Labbé n'a pas reculé devant la résection d'une moitié du maxillaire inférieur, qui permet d'augmenter considérablement l'étendue de la cavité buccale et facilite l'accès du champ opératoire. M. Labbé a insisté ensuite sur ce que, à côté de l'infection putride, on rencontre comme cause de mort habituelle, dans ces cas de tumeur de la cavité buccale, l'inanition. Aussi recommande-t-il de recourir, comme il l'a fait chez son malade, à l'alimentation forcée ; c'est là, croyons-nous, une pratique adoptée déjà par d'autres chirurgiens, par M. Verneuil, entre autres.

— La Commission nommée, il y a quelques mois, par le gouvernement prussien pour contrôler les expériences de M. Pasteur concernant l'immunité contre le charbon, conférée aux animaux par les inoculations de virus atténuées, vient de publier les procès-verbaux de ses opérations. Il résulte de ces documents que la méthode de M. Pasteur est sortie victorieuse de cette nouvelle épreuve. Deux séries d'expériences ont été poursuivies dans deux localités différentes situées aux environs de Berlin ; la première, sur le domaine de Packisch, portait sur cinquante moutons et douze sujets de l'espèce bovine. Un collaborateur bien connu de M. Pasteur, M. Thuillier, fit, en présence des délégués de la Commission, deux inoculations vaccinales à quinze jours de distance, le 5 et le 19 avril. Le 6 mai, on inocula à tous les animaux, vaccinés ou non, un liquide charbonneux. Des vingt-cinq moutons non vaccinés, vingt-quatre ont succombé en très peu de temps, ainsi que trois des animaux non vaccinés de l'espece bovine, tandis que les trois autres ont survécu après avoir présenté des symptômes manifestes d'un état maladif. Au contraire, tous les animaux vaccinés ont supporté l'inoculation du liquide charbonneux sans que leur état de santé en fût troublé. Ajoutons que des vingt-cinq moutons vaccinés, trois, âgés de moins d'un an, avaient succombé aux suites des inoculations vaccinales.

Les résultats fournis par la seconde série d'expériences, qui a eu pour théâtre la ferme de Borschütz, ont été tout aussi concluants.

Reste une question dont l'intérêt est capital, celle de la durée

de l'immunité conférée par les inoculations préventives. Nous ne tarderons pas à être renseignés, dans une certaine mesure, sur ce point, car plus d'une année s'est écoulée depuis les premières inoculations faites en France suivant la nouvelle méthode de M. Pasteur.

E. R.

NEUROLOGIE

De l'état d'opportunité de contracture. (Contracture du pied et de la jambe survenue chez une hystérique à l'occasion d'un traumatisme), par MM. Gilbert Ballet, chef de clinique à la Faculté, et A. Delanff, externe des hôpitaux.

Les notions positives acquises depuis quelques années sur l'état de la réflectivité spinale dans diverses situations pathologiques, notamment chez les malades atteints de dégénérescence médullaire consécutivement à une lésion du cerveau et chez les hystériques nous permettent d'interpréter le mécanisme de certaines contractures qui surviennent parfois d'une façon inopinée en apparence, et dont la physiologie pathologique était encore obscure il y a peu de temps. Nous savons en effet aujourd'hui, grâce particulièrement aux leçons de M. Charcot (1) et aux recherches intéressantes de Brissaud (2), poursuivies sous la direction de ce maître, ce qu'est la *contracture latente*, sorte « d'état d'opportunité de contracture » qui se révèle par la simple exagération plus ou moins marquée des réflexes tendineux, mais peut, sous une des mille influences susceptibles d'exagérer le pouvoir réflexe de la moelle, engendrer la contracture vraie, caractérisée par l'immobilisation active dans une situation fixe d'un membre ou d'un segment de membre. Au premier rang des influences dont il s'agit figure *le traumatisme*. Les faits publiés sont déjà nombreux dans lesquels un coup, une chute, ont provoqué chez d'anciens hémiplégiques ou chez des hystériques la rigidité spasmodique et permanente d'un ou plusieurs groupes musculaires (3). Il n'en est pas moins intéressant toutefois de relever au passage les cas de cet ordre lorsqu'ils se présentent, ne fût-ce que pour en mieux établir la réalité et en bien préciser la pathogénie.

L'observation qui suit est à cet égard fort instructive. Il s'agit d'une malade hystérique qui a été récemment le sujet d'une des leçons cliniques de M. Charcot.

Buq..., âgée de trente-trois ans, est une des plus anciennes pensionnaires de la division des épileptiques simples ; elle appartient à la catégorie des hystero-épileptiques à crises distinctes. On désigne sous ce nom, on le sait, des malades affectées à la fois d'hystérie et d'épilepsie, chez lesquelles les deux névroses évoluent séparément en gardant leurs caractères propres. Tantôt c'est l'hystérie, tantôt l'épilepsie qui domine ; les accès d'épilepsie et les attaques hystériques alternent, se succèdent, sans jamais se confondre. C'est ce qui a lieu chez Buq... ou plutôt a eu lieu, car la malade, après avoir pendant longtemps été affectée à la fois d'hystéro-épilepsie et de mal comitial, ne présente plus depuis plusieurs annés que des accès épileptiques.

Il y a déjà quatre ou cinq ans que les choses vont ainsi : Buq... a ses accès bien caractérisés qui surviennent la nuit, inopinément, sans que la malade en conserve aucun souvenir, mais elle n'a plus d'attaques.

Lorsque Bucq... était en puissance d'hystéro-épilepsie, on avait constaté chez elle une hémianesthésie droite, une ovarie du même côté. De plus, après chaque attaque, survenait une contracture du membre inférieur droit. Plus tard, comme nous l'avons dit, tous ces phénomènes disparurent.

Or, récemment, une circonstance imprévue est venue démontrer que la diathèse hystérique n'avait pas disparu, et qu'elle était là à l'état latent.

Le 16 mai dernier, la malade se rendait vers midi à son travail, lorsque, en descendant l'escalier, elle fit un faux pas, tomba sur le côté gauche et roula du haut d'une dizaine de marches. Elle ne perdit pas connaissance ; mais en voulant se relever, elle s'aperçut qu'elle ne *sentait plus sa jambe gauche*, ses compagnes durent l'aider à se relever. A ce moment déjà, on constata la roideur du membre inférieur gauche ; néanmoins, Buq... put travailler toute la soirée, seulement elle boitait. Le lendemain matin, on la conduisait dans le service où nous la trouvons avec un pied-bot équin direct et très prononcé : la hanche est dans l'adduction, de telle sorte que la face dorsale du pied gauche regarde le bord interne du pied droit ; le genou gauche est également, par sa face antérieure, en rapport avec la face interne du genou droit.

L'adduction est, en somme, complète dans tout le membre inférieur gauche ; si on écarte ce membre de l'axe du corps, et qu'on le laisse aller, il revient, comme mû par un ressort, à sa position première.

Tout, dans le cas particulier, les caractères de la contracture, les circonstances dans lesquelles celle-ci est survenue, dénote qu'il s'agit d'un accident de nature hystérique.

Lorsqu'en effet la contracture est sous la dépendance d'une lésion organique, même lorsqu'elle est dans ce dernier cas déterminée par un traumatisme, elle n'arrive pas d'emblée à son summum comme dans le fait dont nous nous occupons. Le plus souvent, on observe d'abord une parésie avec exaltation des réflexes tendineux, puis des spasmes qui durent quelques heures d'abord et disparaissent pour reparaître de nouveau en se prononçant chaque fois de plus en plus, jusqu'à ce que la rigidité soit définitivement établie. Ici, au contraire, le maximum a été atteint du premier coup ; d'un moment à l'autre la contracture a été ce qu'elle est et ce qu'elle sera au dernier moment.

D'ailleurs, bien que dans le cas présent les antécédents de la malade ne laissent aucun doute sur la nature hystérique de la contracture, il est des signes de la névrose dont la présence confirme s'il est besoin le diagnostic.

La malade a, en effet, une hémianesthésie gauche (autrefois l'hémianesthésie siégeait à droite). De ce côté gauche, ni la piqûre, ni les excitations électriques les plus vives ne sont perçues ; à peine quelques points de la face ont-ils conservé une certaine sensibilité.

En résumé, hystérie ancienne dont les manifestations appréciables avaient disparu, persistance des accidents épileptiques, puis chute sur la jambe gauche et apparition subite à la fois d'une contracture de la jambe et de l'hémianesthésie gauche. Tel est le cas.

(1) Leçons sur les localisations de la moelle épinière. — Faculté de médecine, 1879-1880.

(2) Brissaud. — Th. de Paris, 1880.

(3) Voir notamment à cet égard :
a. Charcot, *De l'hystérie locale traumatique*, leçon de la Salpêtrière, 1877. — *b*. Duplay et Terrier, Soc. chir., 10 octobre 1876. — *c*. Terrier, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 10 décembre 1879. — *d*. H. Luc, *idem*, juin 1880.

Est-on, dans l'espèce, autorisé à considérer la contracture comme la conséquence du traumatisme, ou bien ne s'agirait-il là que d'une simple coïncidence? Les arguments en faveur de la première hypothèse sont nombreux et péremptoires. On en jugera en se rappelant ce qui se passe ou peut se passer chez les malades atteints de paralysie par suite d'une lésion organique du cerveau.

Envisageons, par exemple, un cas d'hémiplégie vulgaire à la suite d'une hémorrhagie cérébrale intéressant la capsule interne. Le faisceau pyramidal du côté hémiplégié est en voie de dégénérescence. Le malade est frappé d'impuissance motrice de ce côté, mais la rigidité n'est pas encore établie. Or, supposons une intervention médicale intempestive, par exemple la faradisation du membre flasque en apparence ou l'application d'un simple vésicatoire; la contracture peut alors s'établir. Dans d'autres cas, ce n'est plus la faradisation, c'est une chute, un coup qui intervient pour hâter l'apparition de la contracture ou en exagérer le degré. Des phénomènes analogues s'observent, sous les mêmes influences, chez les malades atteints de sclérose en plaques, de myélite transverse, alors que la contracture n'est pas établie encore.

En somme, dans certaines conditions pathologiques données, une influence même légère portant sur la peau ou les tendons peut amener une contracture. Voilà la donnée brutale qui se dégage des cas particuliers que nous venons de rappeler.

Or il est facile de saisir le lien physiologique qui rapproche les uns des autres ces cas en apparence disparates, et de préciser le mode d'action de la cause efficiente immédiate qui détermine la contracture.

Il s'agit là de la mise en jeu par une influence extérieure accidentelle de la réflectivité spinale pathologiquement accrue. A l'état normal, le chatouillement de la peau ou la percussion d'un tendon détermine une contraction musculaire réflexe, mais brusque, unique et passagère. Dans certaines conditions morbides, au contraire, le pouvoir réflexe étant plus ou moins exagéré, les mêmes influences produiront, on le conçoit, des effets plus marqués, c'est-à-dire des contractions plus intenses, plus prolongées. Le dernier terme de cette exagération de la réflectivité, c'est la contracture permanente. Entre la simple exagération des réflexes tendineux (contracture latente) et la contracture vraie, il n'y a donc qu'une simple différence du plus au moins, mais une identité de nature complète. Il s'agit toujours là d'un ensemble de phénomènes qui dépendent directement de l'hyperexcitabilité morbide des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle. Que cette hyperexcitabilité soit le fait d'une intoxication (strychnine), d'une lésion matérielle (sclérose du cordon latéral), d'une disposition vicieuse et primitive du système nerveux (hystérie), ou d'une irritation de la moelle symptomatique d'une lésion périphérique (rhumatisme chronique, lésion des jointures), peu importe, c'est elle qui domine toute la série des phénomènes dont nous nous occupons.

Le fait est facile à mettre en relief en considérant ce qui a lieu chez certaines hystériques *hyperexcitables*. Chez ces malades on détermine avec la facilité la plus grande les contractures les plus variées en frappant sur les tendons avec un percuteur. La percussion même légère suffit dans ce cas pour mettre en jeu l'hyperexcitabilité spinale et produire l'immobilisation spasmodique d'un membre dans l'attitude qui correspond à la contracture des muscles dont on a frappé les tendons. Ces faits d'observation clinique courants jettent une grande lumière sur la physiologie pathologique des rigidités analogues à celle observée chez Buq... et survenues inopinément sous l'influence d'un choc non plus voulu, mais accidentel. On comprend aisément, par exemple, en vertu de quel mécanisme une simple piqûre d'aiguille, comme dans un fait rapporté par Brodie, ou l'arrêt inattendu du pied par un barreau de chaise chez une jeune fille hystérique, marchant au milieu d'une foule, ont pu amener une contracture permanente de la main ou du pied.

Nous pouvons ajouter que la brusquerie d'apparition de ces contractures nous explique la possibilité de leur disparition non moins brusque. Les guérisons *miraculeuses* des phénomènes de ce genre ne se comptent plus aujourd'hui. Mais on peut dire, en règle générale, que la guérison n'est pas plus, dans les cas dont il s'agit, le retour complet à l'état normal que l'établissement subit de la contracture n'est un brusque passage de l'état de santé à l'état de maladie. De même, en effet, que la contracture vraie succède à la contracture latente, de même quand cette contracture vraie guérit en apparence, il y a retour, non à l'état physiologique, mais à l'état de contracture latente; les réflexes tendineux restent très manifestement exagérés, et la malade est toujours en état d'*opportunité de contracture*.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 juillet 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — SUR LE MÉCANISME DE L'ARRÊT DES HÉMORRHAGIES. Note de M. G. HAYEM.

Dans les cas de blessures non mortelles d'un vaisseau, l'hémorrhagie, rapide au début, se ralentit progressivement, puis s'arrête. Pour expliquer ce résultat favorable, on a invoqué la contraction de la paroi vasculaire. Elle est réelle et même énergique pour les artères de moyen et de petit calibres, presque nulle pour les veines. Mais cette contraction ne peut, à elle seule, obturer la plaie. Il a paru simple et naturel de faire alors intervenir la coagulation du sang. Cependant un moment de réflexion montre qu'il y a dans cet arrêt du sang, par formation apparente d'un caillot, quelque chose de particulier dont il faut chercher le mécanisme. En effet, pendant l'hémorrhagie, le sang qui passe entre les lèvres de la plaie vasculaire est toujours nouveau; que l'on recueille ce sang dans un vase, il ne se transformera en une masse gélatineuse qu'au bout de plusieurs minutes. Pourquoi donc se forme-t-il entre les bords de la plaie béante un bouchon solide qui est bientôt assez résistant pour s'opposer à l'issue de toute trace de sang?

Tel est le point sur lequel je pense pouvoir apporter quelques nouveaux éclaircissements.

Après avoir mis à nu la jugulaire externe d'un animal, d'un chien par exemple, on fait au vaisseau une petite plaie et l'on attend que l'hémorrhagie s'arrête spontanément; puis immédiatement on place une ligature sur le bout périphérique du vaisseau. On peut alors assez facilement faire sortir de la petite plaie un caillot en forme de clou dont la pointe pénètre jusque dans la lumière vasculaire, tandis que la tête s'étale sur la paroi externe de la veine. En plongeant sans retard ce coagulum dans un liquide qui fixe les éléments du sang, on peut ensuite en examiner, à l'aide du microscope, les différentes parties. La pointe et la portion centrale sont grisâtres, visqueuses et composées d'une matière en partie granu-

leuse, en partie amorphe. Les granulations sont constituées par des amas énormes d'hématoblastes déjà altérés, mais encore très distincts les uns des autres, tandis que la matière amorphe résulte de la confluence en une masse commune et cohérente des hématoblastes les plus altérés. La tête du clou, qui est rouge à l'extérieur, contient au centre un prolongement de la matière visqueuse hématoblastique et à la périphérie des mèches fibrillaires retenant une grande quantité de globules rouges. Dans toute la portion centrale, et à proprement parler obturante, on n'aperçoit que de très rares globules blancs.

Il est donc évident que la fibrine s'est surajoutée à un bouchon condensé, formé presque uniquement d'hématoblastes.

On peut suivre au microscope la formation de ce bouchon en se servant du mésentère de la grenouille.

Après avoir amené dans le champ du microscope une veinule d'un moyen calibre et à paroi bien transparente, on pratique une section incomplète de ce vaisseau à l'aide de la pointe d'un fin scalpel Il se produit immédiatement une hémorrhagie abondante, et, pendant quelques secondes, on n'aperçoit au niveau de la plaie qu'un tourbillon rouge. Bientôt le flot sanguin se rétrécit et s'écoule plus lentement; il est enserré par une couronne d'éléments fortement accolés les uns aux autres et qui adhèrent à l'ouverture du vaisseau. Quelques instants après, l'orifice de la plaie est surmonté d'une sorte de champignon blanchâtre à travers les éléments duquel les globules rouges s'insinuent péniblement. Loin d'être formé, comme l'ont dit plusieurs observateurs, par des globules blancs, ce champignon est composé par des hématoblastes qui ont été retenus au passage au fur et à mesure de l'écoulement du sang. Au moment où l'hémorrhagie cesse, ces éléments sont déjà notablement altérés et, en continuant l'observation, ils subissent sous vos yeux toutes les modifications caractéristiques décrites dans mes travaux antérieurs.

Le bouchon obturateur hématoblastique ne retient qu'un nombre insignifiant de globules blancs. Ceux-ci sont sphériques, lisses à leur surface, nullement adhésifs; car, en prolongeant l'observation pendant quelques minutes, on les voit, grâce à leur contractilité amœboïde, s'écarter de l'amas des hématoblastes, comme ils le font dans le sang recueilli entre deux lames de verre. Ils ne paraissent donc participer en rien à l'arrêt du sang et ils possèdent encore leurs propriétés physiologiques et leurs caractères anatomiques normaux, alors que les hématoblastes du bouchon hémostatique sont déjà profondément modifiés.

Dans ce processus, les bords de la plaie me paraissent agir à la façon d'un corps étranger. Il est aisé d'ailleurs de déterminer directement comment les hématoblastes se comportent à l'égard d'un corps étranger introduit dans le circuit sanguin. A l'aide d'une aiguille un peu courbe et fine, portant un fil d'argent ou de platine, on perfore la veine jugulaire externe d'un animal, d'un chien par exemple, de manière à faire pénétrer dans l'intérieur du vaisseau environ un centimètre du fil. Quand l'opération est bien faite, c'est à peine s'il suinte une goutte de sang aux orifices d'entrée et de sortie.

Au bout de deux à trois minutes (laps de temps suffisant chez le chien, dont les hématoblastes sont très vulnérables), on vide le segment veineux traversé par le fil à l'aide de deux ligatures, la première placée sur le bout périphérique, la seconde sur le bout central; on détache immédiatement le tronçon de veine portant le fil, on l'ouvre après l'avoir plongé dans un liquide fixant les éléments du sang. Déjà le fil est entouré d'une couche grisâtre, à peine rosée çà et là, composée d'innombrables hématoblastes, d'autant plus faciles à reconnaître que le fil est resté moins longtemps en contact avec le sang circulant. Lorsqu'on laisse le fil plus longtemps dans le vaisseau et que le manchon qui l'entoure est devenu plus volumineux, la constitution de ce manchon est alors tout à fait analogue à celle du clou hémostatique qui vient d'être décrit.

Les hématoblastes, ainsi que mes premières recherches pouvaient le faire prévoir, jouent donc un rôle actif et considérable dans le mécanisme de l'arrêt du sang. Ces éléments sont à ce point altérables qu'en arrivant au contact des bords de la plaie ils deviennent adhésifs, comme lorsqu'ils rencontrent un corps étranger. En s'accumulant au pourtour de l'orifice béant du vaisseau, ils y forment un obstacle d'abord insuffisant; puis les premiers hématoblastes arrêtés, retenant à leur tour ceux que l'issue du sang vient mettre incessamment en contact avec eux, l'orifice de la plaie se rétrécit de plus en plus, jusqu'à ce qu'un bouchon, solide et bien fixé, l'obture enfin.

Les autres éléments du sang et la formation de la fibrine ne participent à ce processus que d'une manière accessoire et secondaire.

Le sang porte donc dans son sein un agent hémostatique puissant, et, pour bien comprendre ma pensée, je dirai que, s'il était possible de supprimer dans le sang normal tous les hématoblastes, la blessure d'un vaisseau déterminerait une hémorrhagie qui n'aurait plus aucune tendance à s'arrêter spontanément.

PHYSIOLOGIA PATHOLOGIQUE. — DE L'EMPLOI DE L'EAU OXYGÉNÉE EN CHIRURGIE. — Note de MM. PÉAN et BALDY, présentée par M. PAUL BERT.

MM. Péan et Baldy, après avoir eu connaissance des expériences de MM. Paul Bert et P. Regnard sur les effets de l'eau oxygénée, se sont livrés, à l'hôpital Saint-Louis, à une série de recherches pour étudier les applications qu'on en pourrait faire en chirurgie. Bien que ces recherches demandent à être poursuivies pour répondre à toutes les questions qui ne peuvent manquer d'être soulevées à cet effet, ils ont pensé que les résultats qu'ils ont obtenus méritaient dès maintenant d'être soumis à l'appréciation de l'Académie.

L'eau oxygénée qui a servi à ces recherches a été préparée par M. Baldy, de telle façon qu'elle fût absolument neutre. Elle contient de six à deux fois son volume d'oxygène. Les auteurs font ainsi connaître les résultats qu'ils ont obtenus :

Nous avons, disent-ils, tout d'abord employé l'eau oxygénée à l'extérieur pour les pansements des grands traumatismes et des ulcérations de diverses natures, en injections dans les plaies fermées et drainées, dans certaines cavités, telles que la vessie, les fosses nasales, en vaporisation pour remplacer l'acide phénique dans le cours des grandes opérations, telles que l'ovariotomie. Nous l'avons également donnée à l'intérieur, à la dose de 3 à 5 grammes d'eau oxygénée contenant six fois son volume d'oxygène, à un certain nombre d'opérés et dans certaines affections, telles que l'urémie, la septicémie, l'érysipèle, le diabète, la tuberculose, et plus particulièrement chez les opérés tuberculeux.

Nos pansements sont faits à l'aide de compresses de tarlatane recouvertes de feuilles de baudruche très minces, destinées à empêcher son évaporation, et maintenues par des bandes. Nous y ajoutons une plus ou moins grande épaisseur d'ouate lorsqu'il est indiqué d'exercer une certaine compression et d'obtenir l'immobilisation. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer un tube à drainage, des injections d'eau oxygénée, à un ou deux volumes d'oxygène, sont pratiquées par ce tube. Pendant la durée des grands pansements, l'atmosphère des plaies est modifiée par des pulvérisations d'eau oxygénée contenant 4 à 6 fois son volume d'oxygène.

Les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici sont des plus encourageants. En effet, ils ont été satisfaisants, non seulement dans les petites opérations, mais aussi dans les grandes amputations des membres, dans les petites plaies faites par l'ablation de tumeurs volumineuses, dans les graves blessures accidentelles, dans les incisions de trajets fistuleux, dans les ouvertures d'abcès profonds, intra-articulaires ou autres.

Sous l'influence de l'eau oxygénée, les plaies récentes faites avec le bistouri ou le thermocautère, les plaies anciennes même recouvertes de parties sphacélées, compliquées de lymphangite ou d'érysipèle, prennent rapidement un bon aspect et se couvrent de bourgeons rosés qui fournissent un pus assez abondant, mais cré-

meux et sans odeur. Nous avons également constaté une tendance favorable à la réunion par première intention des plaies d'amputation et une cicatrisation rapide des plaies anciennes et des ulcérations chroniques.

Ce n'est pas seulement au point de vue local que nous avons obtenu de bons résultats; mais nous avons aussi constaté une notable amélioration dans bon nombre de cas, au point de vue de l'état général, en particulier une diminution très marquée de la fièvre traumatique, ainsi qu'une très légère élévation du pouls et de la température.

En résumé, les résultats que nous avons obtenus par l'emploi de l'eau oxygénée nous ont paru au moins aussi avantageux, sinon plus, que ceux que l'on peut retirer de l'alcool simple ou camphré et de l'acide phénique. Elle a, en outre, sur ce dernier, l'avantage de ne pas produire d'effets toxiques et de n'avoir pas de mauvaise odeur; son application n'est pas douloureuse.

Ces résultats nous ont paru plus particulièrement avantageux dans les ulcères variqueux des membres, dans les abcès intra-articulaires, l'ozène, la cystite purulente.

Nous possédons aujourd'hui près de cent observations qui confirment ce que nous venons d'avancer relativement aux bons effets de l'eau oxygénée. Aussi croyons-nous pouvoir terminer par les conclusions suivantes :

1o L'eau oxygénée, c'est-à-dire contenant, selon les cas, six à deux fois son volume d'oxygène, paraît devoir remplacer avantageusement l'alcool et l'acide phénique;

2o Elle peut être employée, à l'extérieur, pour le pansement des plaies et des ulcérations de toute nature, en injections, en vaporisations; à l'intérieur, chez un certain nombre d'opérés, dans un certain nombres d'affections chirurgicales ou autres;

3o Les résultats obtenus même à la suite des grandes opérations, sont jusqu'ici des plus satisfaisants. Non seulement les plaies récentes, mais aussi les plaies anciennes et même couvertes de parties sphacélées, marchent rapidement vers la cicatrisation. La réunion par première intention des plaies d'amputation paraît être favorisée par ce mode de pansement;

4o L'état général, de même que l'état local, semble heureusement influencé. La fièvre traumatique est plus modérée;

5o Les avantages de l'eau oxygénée sur l'eau phéniquée sont de ne pas avoir d'effet toxique, ni de mauvaise odeur; son application n'est nullement douloureuse;

6o Outre les plaies chirurgicales, les affections qui semblent le plus heureusement influencées par l'eau oxygénée sont les ulcérations de toute nature, les abcès profonds, l'ozène, la cystite purulente.

— M. Paul Bert, à la suite de cette communication, fait observer qu'il y a, dans l'application chirurgicale de l'eau oxygénée, deux faits concomitants à considérer : d'abord la mort de tous les microbes, puis l'action sur la plaie de l'oxygène incessamment dégagé.

Il ajoute que des expériences sur l'action parasiticide de l'eau oxygénée sont commencées par lui et par M. P. Regnard, en ville et dans les hôpitaux. Elles ont déjà donné des résultats d'apparence favorable dans le traitement des teignes, des pytiriasis, etc. On fait aussi des essais sur la diphthérie.

Il appelle l'attention des praticiens sur ce fait que l'eau oxygénée, telle qu'on la trouve chez la plupart des fabricants de produits chimiques, contient une notable quantité d'acide sulfurique, si bien que son emploi ne serait pas sans danger.

Physiologie. — Recherches sur un nouveau médicament cardiaque; propriétés physiologiques du *Convallaria maïalis* (muguet de mai). — Note de MM. G. Sée et Bochefontaine, présentée par M. Vulpian (1).

Historique. — L'usage des fleurs de muguet formait, de temps immémorial, chez les paysans russes, une légende populaire dans le traitement des hydropisies, lorsque, dans le cours de l'année 1880, deux jeunes médecins, MM. Troitsky et Bojojawlensky, puis M. d'Ary, tentèrent quelques essais à l'aide de cette plante. Six observations, qui restèrent inédites, et quelques expériences résumées dans le journal *Wratch*, c'est tout ce qu'on apprit sur ce médicament, qui agit surtout, d'après ces remarques, sur les troubles nerveux du cœur et d'une manière inconstante sur la sécrétion urinaire.

Préparations. — Toutes nos expériences sur les animaux ont été faites avec l'extrait de toute la plante du muguet, préparé par M. Langlebert, et le produit de l'évaporation d'une macération hydro-alcoolique de fleurs préparé par l'un de nous au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. Des recherches cliniques ont été tentées aussi à l'aide de l'extrait des feuilles, qui est peu efficace, et de l'extrait de la plante totale, qui est une bonne préparation.

Expériences. — On a tenté d'abord l'expérience en employant l'extrait de fleurs, qui est très actif, puis l'extrait de toute la plante, mélangés avec un égal volume d'eau et mis directement sur le cœur, ou bien injectés sous la peau, loin du cœur, chez les limaçons, les grenouilles, les écrevisses, les crapauds, les tortues. Sur les animaux à sang chaud, les cobayes, les lapins, les chiens, l'extrait a été employé en dissolution dans un volume d'eau plus considérable, et introduit sous la peau ou dans les veines.

Expériences sur les animaux à sang froid. — Le cœur de la grenouille, mis directement en contact avec une gouttelette d'extrait de muguet cesse de battre au bout d'une minute et demie à deux minutes, le ventricule en systole et les oreillettes en diastole, alors que l'animal conserve encore tous les *mouvements réflexes et spontanés.*

Le même résultat se produit quelques minutes plus tard, lorsque la substance est insérée sous la peau.

Les phénomènes sont identiques chez les autres animaux à sang froid; il faut remarquer cependant que le cœur du crapaud et celui de la tortue résistent beaucoup plus longtemps à l'action du muguet.

Effets physiologiques. — Le muguet est donc un poison, qui, avec la digitale, l'upas-antiar, l'érythrophlæum, l'inée, etc., doit être rangé dans la classe des substances arrêtant le cœur en systole ventriculaire par opposition à celles qui, à l'instar de la muscarine, arrêtent le ventricule en diastole, ainsi que l'a indiqué M. Vulpian.

Expériences sur les animaux supérieurs. — Chez les animaux supérieurs, et notamment chez le chien, il suffit d'injecter dans une veine d'un animal de taille moyenne quatre gouttes d'extrait pour déterminer la mort, par arrêt du cœur, dans l'espace d'une dizaine de minutes.

Effets physiologiques. — Lorsqu'on emploie des doses non mortelles, les doses thérapeutiques auxquelles nous avons eu recours dans le traitement des maladies du cœur, on observe :

1o Une première série de phénomènes très remarquables caractérisés ainsi :

(*a*) Ralentissement des mouvements du cœur;

(*b*) Augmentation de la pression intra-vasculaire, de 6 centimètres de mercure, et souvent plus;

(*c*) En même temps les mouvements respiratoires deviennent plus amples, et un peu moins fréquents.

2o Après cette première période, il en survient une autre, caractérisée par une irrégularité extrême dans le rythme et l'énergie des pulsations cardiaques. Il y a des intermittences du cœur, suivies de systoles rapides.

La respiration, de plus en plus ample et ralentie, semble par instants sur le point de s'arrêter dans un mouvement de profonde inspiration. Le *pneumographe* indique alors des mouvements d'ins-

(1) Travail du laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu.

piration qui sont triplés d'étendue et produits par une série non interrompue de très petites convulsions des muscles inspirateurs.

C'est alors qu'on voit survenir les vomissements qui accompagnent l'action habituelle des substances cardiaques.

3° Une troisième période se caractérise de la façon suivante. La pression sanguine augmente, et le pouls devient si rapide qu'il est impossible de le compter; en même temps il est très faible.

L'amplitude des mouvements respiratoires augmente. On ne voit plus trace de ces mouvements sur les tracés hémodynamométriques.

4° Si la dose a été portée d'emblée au delà d'un chiffre variant selon les animaux, ou bien si le poison a été injecté à nouveau, si elle est mortelle en un mot, on voit la pression baisser, les respirations se ralentir considérablement, tout en devenant de plus en plus profondes.

Enfin, le cœur, de plus en plus affaibli, finit par s'arrêter, la pression tombant à zéro, puis les mouvements respiratoires cessent à leur tour.

Effets sur les nerfs et sur les muscles. — (*a*) *Excitabilité générale.* Quand l'animal est mort, la *contractilité* des muscles *persiste* néanmoins, ainsi que l'excito-motricité des nerfs; le pouvoir réflexe des centres nerveux n'est nullement aboli.

(*b*) Le nerf pneumogastrique paraît, au contraire, s'épuiser; chez le chien, de même aussi chez la tortue, lorsque la période d'empoisonnement est avancée, la faradisation des bouts thoraciques des nerfs vagues n'arrête plus aussi nettement les mouvements du cœur que chez les animaux à l'état normal.

Au début de l'empoisonnement, les nerfs restent intacts, et la convallaria paraît porter son action directement sur le muscle cardiaque, en augmentant outre mesure l'activité contractile du ventricule.

Effets diurétiques. — Ils sont nuls chez les animaux.

Applications cliniques. — 1° La convallaria, sous des formes spéciales et à des doses précises, constitue un médicament cardiaque des plus puissants.

2° Elle ne présente aucun des inconvénients de la digitale.

3° Ce nouveau médicament présente *chez l'homme* des propriétés diurétiques supérieures à celles de tous les autres agents connus, et, par la diurèse qui se produit ainsi, on obtient généralement la disparition des hydropisies d'origine cardiaque.

— M. H. Lemonnier adresse un mémoire intitulé : *Sur la recherche d'une intégrale complète de l'équation aux dérivées partielles du premier ordre et le problème inverse.*

— M. Ch.-V. Zenger adresse une note portant ce titre : *La solution logarithmique des équations numériques.*

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend :

1° Une note sur le traitement de la rage par la pilocarpine, par M. Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort;

2° Un mémoire manuscrit intitulé : « Paralysies ataxiques observées chez des Kabyles à la suite de l'ingestion d'une variété de gesse (*Lathyrus Clymeneum*), appelée en Kabylie « Halech », par M. Grand-Jean, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tenès.

— M. Javal présente un ophthalmètre construit avec la collaboration de M. Schildtz.

— M. Labbé présente un malade qui était atteint d'épithélioma de l'amygdale droite avec envahissement du voile du palais du même côté, de la luette, d'une partie de la portion gauche du voile du palais, du plancher de la bouche et de la base de la langue.

M. Labbé a pratiqué l'extirpation de tout le néoplasme à l'aide du thermo-cautère, à la suite d'une résection de la moitié droite du maxillaire inférieur.

Le malade a été soutenu par l'alimentation artificielle. La plaie extérieure s'est réunie par première intention. Le malade est provisoirement guéri, sous réserve d'une repullulation plus ou moins rapide.

— Allaitement artificiel des nouveau-nés. — M. Tarnier indique brièvement les résultats auxquels il est arrivé à la Maternité. (Voir *Premier-Paris*.)

— La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. — M. Parrot rappelle d'abord les résultats des premiers essais d'allaitement artificiel, à l'aide du lait de vache, qui ont eu lieu vers la fin du siècle dernier, à Londres et à Rouen. Dans cette dernière ville, sur 182 enfants nourris à l'aide de lait de vache, auquel on adjoignait, au bout de quelques jours, une bouillie de lait et de farine, 5 seulement survécurent.

C'est seulement l'année dernière qu'a commencé à fonctionner la nouvelle nourricerie fondée à l'hospice des Enfants-Assistés. Il s'y trouvait d'abord plusieurs chèvres et une seule ânesse. Aujourd'hui, il n'y a plus que des ânesses.

En effet, voici quels furent les résultats :

86 enfants atteints de syphilis héréditaire ont été allaités à la nourricerie. Par suite de circonstances particulières, 6 ont pris exclusivement du lait de vache à l'aide du biberon; 1 seul a guéri, les cinq autres ont succombé; 42 ont été nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, 34 sont morts; ce qui équivaut à une mortalité de 80,9 pour 100; 38 ont été nourris au pis de l'ânesse : 28 ont guéri, 10 sont morts; ce qui donne une mortalité de 26,3 pour 100.

Ces chiffres mettent en évidence la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux.

Cette supériorité doit tenir à sa composition chimique. Le lait d'ânesse contient moins de caséum et moins de graisse que le lait de chèvre nourrie à l'étable et surtout que le lait de vache. Quant au lait de chèvre, il paraît convenir, l'expérience l'a démontré, dans les pays de montagnes, où les chèvres en liberté se nourrissent comme elles le veulent; mais à Paris il ne réussit pas. Le lait de vache est le plus mauvais de tous, comme on l'a reconnu depuis longtemps.

En manière de conclusion, on peut tirer de ce qui précède les propositions suivantes, d'un caractère éminemment pratique.

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct au pis des animaux peut rendre de grands services.

Il est franchement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la composition chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'alimentation artificielle.

Viennent après la jument, la chèvre et la vache. Une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants âgés en moyenne de cinq mois.

Le nombre des tétées dans les vingt-quatre heures variera de six à huit. Il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés.

Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouvera ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfance, le lait d'ânesse doit tenir une place importante. Il est particulièrement indiqué dans les affec-

tions gastro-intestinales. Exceptionnellement il remplacera avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières et destinées à l'alimentation des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvues d'une nourricerie où on entretiendra, proportionnellement à leurs besoins, des ânesses et des chèvres. Les constructions y seront disposées de telle sorte que l'étable où séjournent habituellement les animaux soient d'un accès facile.

Une comptabilité régulière des poids des enfants pris trois fois par semaine donnera des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition et servira de point de départ aux modifications qui devront être apportées à leur régime alimentaire.

Deux enfants ou trois au plus devront être soignés par la même personne.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1882. — Présidence de M. Guéniot.

M. Desprès, à propos du malade que M. Le Fort a présenté dans la séance précédente, montre un malade auquel il a fait l'amputation sous-astragalienne. En faisant la comparaison entre les résultats obtenus chez ces deux opérés, il est d'avis que l'opération ostéoplastique de M. Le Fort est de beaucoup préférable à l'amputation sous-astragalienne.

M. Trélat pense que ces deux opérations ne doivent pas être comparées, car chacune a ses indications différentes.

M. Desprès : Chez le malade auquel j'ai fait l'amputation sous-astragalienne, l'opération de M. Le Fort n'aurait pas pu être faite, car il n'existait chez lui presque plus de calcanéum. Seulement je crois que pour la marche, l'opération de M. Le Fort est préférable et qu'il faudra la choisir quand on pourra la faire.

M. Trélat revient sur la malade que M. Després a présentée dans la séance précédente. Il pense que chez cette malade il s'agissait d'un kyste de parovarium, à liquide limpide, c'est-à-dire d'un de ces kystes qui souvent guérissent par une simple ponction, et dans ce cas l'injection iodée était inutile.

M. Lucas-Championnière : J'irai plus loin que M. Trélat, et je dis que l'injection iodée est loin d'être une opération innocente, elle est même plus meurtrière que l'ovariotomie, et il ne faut la faire que lorsque le kyste a des adhérences totales et qu'on ne pourrait pas l'enlever; mais, toutes les fois qu'un kyste est enlevable, il faut faire l'ovariotomie. Lorsqu'il s'agit d'un kyste parovarique surtout, l'opération est très facile et sans danger.

M. Le Fort : Je ne crois pas que l'injection iodée soit si dangereuse que le dit M. Lucas-Championnière. Si l'on prend les statistiques anciennes, on peut conclure à sa gravité, mais c'est qu'autrefois on faisait des injections iodées dans tous les kystes, indifféremment. Tandis qu'il faut savoir choisir les cas, de même qu'il y a des cas dans lesquels il faut se contenter de faire une simple ponction, et l'on obtient la guérison.

M. Duplay est de l'avis que M. Després a eu affaire à un kyste parovarique. Quant à l'injection de teinture d'iode, il pense qu'il faut s'en dispenser autant que possible, car cela peut amener de graves accidents.

M. Terrier : Il est probable que la malade de M. Desprès avait un kyste parovarique, néanmoins on rencontre quelquefois des kystes de l'ovaire, volumineux, uniloculaires, à contenu séreux; lorsqu'on les ponctionne, il arrive souvent qu'au bout d'un certain temps il se reforme une autre poche.

M. Trélat : Spencer Well's a insisté sur la nécessité de la ponction; en effet, quoique les kystes de l'ovaire soient beaucoup plus fréquents que les kystes parovariques, néanmoins, comme étrangers; elles provoquent des congestions inflammatoires et des ceux-ci guérissent par une simple ponction, il faut toujours la faire, dans le cas où l'on tomberait sur un de ces derniers; et il ne faut pas dire, comme M. Lucas-Championnière, qu'il faut enlever tout kyste qui est enlevable.

M. Duplay pense que les kystes parovariques ne sont pas si rares, puisqu'il en a rencontré douze dans l'espace de cinq années; en outre, il pense que le diagnostic en est possible, même sans la ponction. Quant à l'ovariotomie pour les kystes du ligament large, elle n'est pas toujours bénigne, car ces kystes sont rarement pédiculisés, et la mortalité est plus grande dans ces cas que pour les ovariotomies pour les kystes de l'ovaire.

M. Desprès fait remarquer que sa malade avait déjà subi, un an avant qu'il ne l'ait vue, une ponction sans injection iodée. Le liquide s'était reproduit immédiatement. Lorsqu'il la vit, il constata qu'il avait affaire à un kyste à parois très épaisses. Il fit alors une ponction suivie d'une injection de teinture d'iode, étendue de moitié d'eau. Le liquide se reproduisit, et il fit alors une seconde ponction suivie d'injections de teinture d'iode pure; c'est à la suite de cette seconde ponction que la malade a guéri.

M. Després pense que l'injection de teinture d'iode est une bonne opération quand il s'agit d'un kyste qui existe depuis longtemps et dont les parois sont épaisses. Du reste, cette opération a déjà fait ses preuves dans des cas déterminés, et il ne faut pas la rejeter d'une manière absolue.

M. Sée pense que ce ne sont pas les kystes à parois épaisses qui doivent être traités par l'injection iodée, et, pour cela, il s'appuie sur ce fait que l'injection iodée ne réussit pas dans les hydrocèles qui ont des parois épaisses.

— M. Roussel (de Genève) lit un travail à propos des modifications qu'il a apportées dans son appareil pour la transfusion du sang.

Dr Henri Bastard.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE LONDRES.

Section d'ophthalmologie (1).

(Suite. — Voir les numéros 47 et 48, 1881.)

Séance du 6 août 1881. — M. Bowman, président.

M. Th. Leber (Gœttingue). *Relation entre la névrite optique et les affections intra-crâniennes.*

La névrite optique dans les maladies cérébrales est une véritable inflammation et ne se distingue pas essentiellement des autres papillo-rétinites, ni dans la forme de l'hyperhémie des vaisseaux, ni dans la nature des lésions histologiques. Elle est au contraire très différente de l'hyperhémie par stase veineuse et des lésions qui en dépendent.

Cette inflammation ne provient pas d'une stase dans les veines rétiniennes qu'on croit produite par une compression du sinus caverneux par suite de la diminution de la capacité crânienne. Elle n'est pas non plus l'effet d'une irritation des nerfs vaso-moteurs provoquée par la maladie cérébrale. C'est le nerf optique qui est l'intermédiaire entre l'affection du cerveau et celle de l'œil. Un rôle essentiel dans cette transmission appartient à l'épanchement d'un liquide séreux dans la gaine du nerf optique refoulé du crâne par la pression intra-crânienne exagérée. Cependant il ne suffit pas d'admettre une simple pression mécanique exercée par du liquide

(1) La publication de cette dernière partie du compte rendu des travaux du Congrès de Londres s'est trouvée ajournée par suite de circonstances tout à fait accidentelles.

sur le nerf optique, parce que sa quantité est quelquefois très peu considérable ; il semble plutôt qu'il faille lui attribuer des propriétés phlogogènes.

Les tumeurs intra-crâniennes agissent comme certains corps hypersécrétions de liquide (hydrocéphalie interne); les mêmes épanchements se trouvent dans la méningite quand elle est suivie d'une inflammation de papille.

On peut donc expliquer la naissance de la papillo-rétinite dans les affections cérébrales en admettant que l'épanchement séreux produit par une inflammation intra-crânienne et entré dans la gaine du nerf optique exerce une action irritante sur la papille et sur les parties voisines de l'œil.

— M. Bouchut (Paris). *Des rapports entre les états ophthalmoscopiques et les affections intra-crâniennes.*

L'auteur croit que toutes les maladies graves du cerveau ou de la moelle épinière, ainsi que les affections diathésiques, sont reconnaissables par un examen ophthalmoscopique.

Les lésions oculaires sont :

A. *Mécaniques.* — Compression cérébrale, obstacle à la circulation (épanchements) produisant l'hyperhémie et l'œdème de la pupille, méningite tuberculeuse, hydrocéphalie aiguë et chronique, hémorrhagies, tumeurs du cerveau, thromboses du sinus, etc.).

B. *Inflammatoires.* — Inflammations aiguës ou chroniques se prolongeant vers l'œil par le nerf optique. Encéphalite aiguë et chronique, etc.

C. *Diathésiques.*— Tuberculose; syphilis, leucocythémie, etc., etc

D. *Sympathiques.* — Maladies de la moelle épinière. La névrite est le résultat d'une action ascendante réflexe de la moelle sur l'œil par l'intermédiaire du grand sympathique. Chorée, myélites, ataxie locomotrice.

—M. Galezowski (Paris). *De la névrite optique consécutive à une altération des vaisseaux.*

L'anatomie pathologique démontre dans la névrite optique l'oblitération des vaisseaux du nerf, l'endartérite et la périartérite. Les lésions des vaisseaux cérébraux sont semblables à celles des branches rétiniennes.

Les altérations artérielles produisent des troubles oculaires de deux sortes : les unes amènent des altérations progressives, comme dans la névrite optique cérébrale et la rétinite albuminurique; les autres causent des phénomènes foudroyants, la perte soudaine de la vue, comme dans l'embolie de l'artère centrale.

L'analogie entre les artérites oblitérantes et l'embolie est très grande, ce qui explique beaucoup de confusions. L'absence d'affection cardiaque chez des sujets dont la lésion oculaire est qualifiée d'embolie s'observe fréquemment. Les thromboses se différencient de l'embolie par des troubles visuels passagers qui précèdent la perte subite de la vue et par les hémorrhagies rétiniennes qui sont plus fréquentes.

— M. Samelsohn (Cologne). *Modifications pathologiques dans la névrite rétro-bulbaire* (amblyopie centrale)

L'affection est caractérisée par une altération de la vision centrale avec conservation de la vision périphérique. Sa cause réside dans une inflammation primitive du tissu connectif interstitiel qui, par rétraction cicatricielle consécutive, entraîne la compression et l'atrophie des fibres nerveuses.

— M. Dor (Lyon). *Daltonisme en rapport avec les affections du nerf optique.* Ce n'est pas l'altération de l'œil lui-même qui produit la dyschromatopsie (sauf celle qui dépend d'une diminution de l'acuité visuelle).

Même l'atrophie du disque consécutive à une névrite n'est pas accompagnée d'une diminution du sens chromatique, tandis que cette dernière ne manque jamais dans l'amblyopie et dans l'atrophie scléreuse ou centrale.

Le siége de la perception des couleurs doit être localisé dans le cerveau et non pas dans l'œil ou la périphérie du nerf optique.

DISCUSSION

M. H. Jackson (Londres) continue à expliquer le développement de la névrite optique dans les affections cérébrales par la théorie de l'action vaso-motrice réflexe à laquelle il s'est rallié depuis longtemps. L'auteur insiste sur la persistance, malgré la névrite, d'une bonne acuité visuelle, la possibilité de la conservation de la vue après guérison de la névrite, la fréquence de la céphalalgie et des vomissements.

M. Parinaud (Paris) rappelle que dans un travail publié en 1879 (Annales d'oculistique) il est arrivé à des conclusions à peu près identiques à celles du professeur Leber. La lésion du nerf est primitivement un œdème lymphatique, lié à l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, qui semble plus apte à développer les altérations inflammatoires que l'œdème par stase veineuse. L'œdème se produit dans le nerf au même titre que dans la substance cérébrale, parce que la circulation lymphatique est commune. La coïncidence de la névrite avec l'épanchement vaginal est très réelle; ces deux états relèvent de la même cause, mais la névrite n'est pas produite par l'épanchement. Au point de vue clinique, il importe de bien établir que, si les altérations histologiques sont celles d'une inflammation véritable, il ne s'agit pas cependant d'une phlegmasie primitive, se transmettant directement du cerveau à la papille. Même dans la méningite aiguë, l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien est l'intermédiaire obligé du développement de la névrite.

M. Stephen Mackensie rejette la théorie de la stase veineuse et celle de l'irritation vaso-motrice réflexe. Il pense que l'hydrocéphalie interne peut expliquer beaucoup de cas, mais il en a vu où il n'existait aucune effusion séreuse. Il croit que l'inflammation peut aussi se transmettre directement de l'encéphale à la papille.

M. Poncet (Paris) : Dans les névrites consécutives aux méningites, ce n'est ni dans la gaine ni dans le tissu connectif du nerf qui se déroule la scène pathologique, c'est dans la névroglie. On y constate une accumulation d'éléments nucléaires et de l'œdème. Est-ce une inflammation ou une simple diapédèse ? Les irritations du grand sympathique ou du trijumeau ne produisent pas cette névrite optique sur les animaux.

M. Panas (Paris) a étudié la stase papillaire dans les lésions traumatiques du cerveau. Cette stase existe ou fait défaut sans qu'on puisse en tirer de conclusion pour le diagnostic ou le pronostic. Les nécropsies faites à Lariboisière ont prouvé que, dans les cas où la stase existait, l'espace sous-vaginal était toujours distendu par du liquide séreux ou sanguinolent, tandis que ce liquide faisait défaut lorsque la stase avait manqué pendant la vie.

M. Laqueur (Strasbourg) confirme l'assertion de M. Galezowski, que, dans des cas considérés comme embolies de l'artère centrale de la rétine, il n'existe pas d'affections cardiaques. Les symptômes de l'embolie peuvent tenir aussi bien à une thrombose ou à une hémorrhagie du nerf qu'à une embolie réelle.

M. Dianoux (Nantes). *Traitement des décollements de la rétine par les injections de pilocarpine.*

Sur 16 cas traités par cette méthode, l'auteur a constaté :

Guérisons absolues	4
» presque absolues	3
Améliorations	8
Insuccès	1

(Voir un article de l'auteur sur le même sujet, in Arch. d'ophthal. françaises, nov. 1880.)

M. Martini (Rome) a également obtenu de brillants succès par cette méthode.

M. Martin (Bordeaux) n'a pas eu de résultats aussi heureux.

M. Nieden (Bochum). *La pathogénie et l'étiologie du nystagmus des mineurs.*

L'auteur a trouvé cette affection 4, 3 0/0 dans une statistique portant sur 7 416 mineurs; on l'observe surtout dans les fosses où l'éclairage est défectueux. Le nystagmus n'est pas un spasme musculaire, mais un état analogue au tremblement sénile.

Séance du 8 août 1881. — Présidence de M. Bowmann.

M. Brailey, secrétaire, lit le rapport du comité chargé de déterminer les conditions de l'examen des employés de chemins de fer et des marins.

Les conclusions suivantes, adoptées par la section d'ophthalmologie, puis par le Congrès en séance générale, doivent être soumises à l'approbation des divers gouvernements :

I. Service des chemins de fer.

Pour être admis comme machiniste ou comme chauffeur (apprenti machiniste), on exige un certificat constatant :

A. La santé des yeux et des paupières, l'absence de toute congestion ou irritation habituelle.

B. Pour *chaque œil* un champ de vision non rétréci.

C. Pour *un des yeux*, acuité de vision et réfraction normales.

D. La faculté de distinguer les couleurs d'au moins 4/5.

E. L'absence totale de cataracte ou d'autres maladies progressives des yeux.

Pour les autres emplois qui appartiennent au service du terrain, les conditions exigées sont les mêmes, sauf en ce qui concerne la vision des couleurs, dont le minimum exigé est élevé à 3/5 pour un œil, à 1/2 pour l'autre.

II. Service de mer.

A. Sur tous les vaisseaux qui naviguent sur l'Océan, sur tous les steamers, spécialement ceux qui sont affectés au transport de passagers, il doit y avoir à la barre du gouvernail un timonier dont l'acuité de vision soit normale avec les deux yeux, non armés de lunettes (acuité visuelle et chromatique normales). Au surplus, *au moins* une des personnes en vigie sur ces navires doit présenter les mêmes garanties.

B. En ce qui concerne le commerce des côtes, toute personne obligée de prendre le poste de timonier doit posséder une vision égale au moins aux deux tiers du taux normal de l'acuité, tant visuelle que chromatique.

C. Toutes les personnes préposées aux signaux de la marine, tous les pilotes, doivent avoir une acuité de vision et un sens chromatique normaux.

D. L'hypermétropie manifeste ne doit pas dépasser 1 D à l'âge de 18 ans.

E. Les réexamens doivent être faits à l'âge de 45 ans.

F. Les examens doivent être conduits par des personnes d'une compétence reconnue, sous la direction d'une autorité médicale centrale.

G. Le comité exprime le désir de voir une commission internationale se constituer pour arrêter toutes les mesures ultérieures que comporte une navigation exempte de périls, et spécialement pour s'entendre sur les teintes (hues) et les dimensions les plus convenables des signaux pour les vaisseaux de tout bord.

En ce qui concerne la question si délicate de la méthode à suivre pour déterminer l'état de la vision chromatique, le comité renonce aux laines de Holmgreen qui sont généralement adoptées, parce que ce mode d'examen nécessite une grande expérience de l'expert. Les lumières colorées constitueraient le meilleur système d'examen s'il n'exposait à des pertes de temps considérables. Pour ces raisons, les tables colorées de Stilling semblent le plus appropriées à la solution du problème. Si quelque doute reste dans l'esprit de l'examinateur, il peut alors se servir des lumières colorées.

M. Weber (Darmstadt). *Des altérations morbides précédant ou causant le glaucome.*

Les affections générales ne peuvent intervenir dans la production du glaucome qu'en modifiant la circulation locale de l'œil.

Après une étude complète des lois qui régissent la filtration des liquides à travers les membranes animales, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Les modifications cliniques du glaucome dépendent du point où les voies d'écoulement sont rétrécies ou obstruées.

Sa forme, primitive ou secondaire, dépend du comment de ce processus.

Son caractère, inflammatoire ou non, de la réaction du processus sur la circulation des vaisseaux sécréteurs.

Sa marche, lente, aiguë ou foudroyante, de l'étendue de l'obstruction dans les voies d'écoulement.

M. Laqueur (Strasbourg). *Changement de la réfraction dans le cours du glaucome.*

Dans 12 cas, augmentation de la réfraction variant de — 0,75 à 4 D après l'opération de l'iridectomie.

Cette modification ne s'observe pas après les iridectomies pratiquées pour d'autres causes.

M. Priestley smith. *Pathologie du glaucome.*

Les recherches de l'auteur lui ont montré qu'avec l'âge le cristallin augmente en poids et en volume. Cet état concorde avec la théorie qu'il a donnée du glaucome (réduction de l'espace péricristallinien avec augmentation consécutive de la pression du corps vitré).

M. Angelucci (Rome). *Etiologie du glaucome.*

L'auteur reconnaît au glaucome une genèse mécanique. Il attribue une valeur génétique importante aux altérations des vaisseaux sanguins.

A la suite de ces communications, une discussion s'établit sur la nature du glaucome, la source des liquides intra-oculaires et leurs voies de filtration. MM. de Wecker, Osio, Leber, Brailey, Galezowski, Weber y prennent part.

M. Knapp (New-York). *Extraction de la cataracte avec cystitomie périphérique.*

Voici, en résumé, le procédé de M Knapp : section scléro-cornéenne d'après de Graefe. Iridectomie : section équatoriale du cristallin, exécutée à l'aide d'un petit couteau spécial et entamant horizontalement la portion du cristallin, qui se présente dans la plaie rendue béante par une pression légère. Parfois, pour les cristallins volumineux, une petite incision verticale rejoint l'horizontale en son milieu. Expulsion du cristallin en appuyant une curette de caoutchouc sur la partie inférieure de la cornée. Nettoyage minutieux de la plaie. Pas de pansement antiseptique. Paupières recouvertes de charpie. Anesthésie chez les sujets pusillanimes.

M. Gayet a proposé en 1873 une opération semblable sous le nom de discision équatoriale. A vrai dire, ce procédé opératoire n'a pas réalisé l'espoir de son auteur.

H. Parinaud.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS SUR LES MALADIES MENTALES, par M. B. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Deuxième fascicule. — Asselin et Cie, 1882.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs l'apparition toute récente du deuxième fascicule des leçons sur les maladies mentales de M. le professeur Ball.

Le premier était consacré, comme on le sait, à la pathologie générale : 1o la médecine mentale à travers les siècles ; 2o les illusions et les hallucinations ; 3o les conceptions délirantes et les impulsions irrésistibles ; 4o l'état physique des aliénés ; 5o les lésions anatomiques de la folie.

Avec le second fascicule, nous entrons franchement dans l'étude *des formes du délire*, et nous y trouvons la description approfondie, mais toujours attrayante des variétés cliniques suivantes : 1o *la mélancolie ;* 2o *le délire des persécutions ;* 3o *la stupeur ;* 4o *la manie ;* 5o *l'excitation maniaque ;* 6o *le délire aigu ;* 7o *la folie circulaire ;* 8o *la démence.*

Le fascicule se termine par trois leçons consacrées tout entières à la question si importante des *causes de la folie.*

Faire l'éloge du livre de M. le professeur Ball nous semble pour le moins inutile. Le succès toujours croissant qu'obtient son enseignement à Sainte-Anne, le goût très réel des maladies mentales qu'il a su inspirer à de nombreux élèves, étrangers jusqu'alors à l'étude de la psychiâtrie, enfin le sympathique accueil fait à son premier fascicule suffisent à donner une idée de l'intérêt scientifique et de l'attrait que présentent ces leçons si impatiemment attendues.

Aussi, au milieu des chapitres qui mériteraient tous d'être cités, me bornerai-je à mentionner, comme paraissant avoir attiré plus spécialement l'attention de l'auteur : 1o *l'étude de la stupeur,* que M. le professeur Ball tend à considérer avec M. Foville comme une condition morbide, un accident pouvant se produire dans toutes les variétés de la lypémanie, et dont il fait un véritable phénomène *d'arrêt* dans lequel les fonctions cérébrales sont partiellement suspendues, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique, et au point de vue de l'influence que l'encéphale exerce sur le reste du corps ; 2o *l'étude de l'excitation maniaque* dont l'auteur donne une description très exacte et très détaillée et qu'il considère simplement comme un symptôme appartenant de préférence à la folie circulaire et à la paralysie générale chez l'homme et chez la femme à l'hystérie ; 3o *l'étude du délire aigu,* tantôt simple épiphénomène dans le cours de diverses affections aiguës ou chroniques, tantôt, au contraire, affection essentielle, survenant en dehors de tout autre état morbide ; 4o *l'étude de la folie circulaire* décrite de la façon la plus complète et que M. le professeur Ball propose de diviser en trois variétés : 1o la *folie circulaire* proprement dite, correspondant à la folie à double forme continue de M. Baillarger, c'est-à-dire ne présentant pas d'intervalle lucide entre les accès ; 2o la *folie à double forme,* celle dans laquelle, après les deux périodes de dépression et d'excitation, il se produit un intervalle lucide, un *grand silence,* comme après les deux bruits du cœur ; 3o enfin la *folie alternante,* celle dans laquelle la durée de chaque période est très courte ; 5o *l'étude de la démence,* considérée par l'auteur avec la manie et la mélancolie, non comme une maladie essentielle, mais comme un état général susceptible de se rencontrer dans bon nombre d'affections diverses, constituant ainsi divers types de démence successivement passés en revue.

Enfin une mention spéciale revient à l'étude de l'étiologie de la folie, à laquelle M. le professeur Ball a accordé à juste titre la place d'honneur, car connaître les causes d'une affection, c'est, on peut le dire, connaître l'affection elle-même.

Cela est surtout vrai pour la folie, dont les caractères varient tellement suivant la cause qui l'engendre, qu'un aliéniste, Morel, a pu prendre l'étiologie pour base de sa classification des maladies mentales.

M. Ball passe successivement en revue, dans son livre, toutes les causes susceptibles de produire de près ou de loin la folie : causes générales, individuelles, prédisposantes, occasionnelles, etc. L'hérédité surtout y est étudiée avec tous les développements que comporte un pareil sujet. Citons au hasard ce passage, qui montre l'influence prépondérante que M. Ball accorde à cette cause dans la genèse de la folie. « C'est qu'il « n'est point, en effet, d'erreur plus pernicieuse que de consi- « dérer l'aliénation mentale comme un simple accident qui « vient troubler le cours de l'existence, comme un obstacle im- « prévu qui nous fait trébucher sur le chemin de la vie. Non, la « folie est une perturbation profonde qui tient à la nature même « de l'individu, qui fait partie de sa chair et de son sang, et « qu'il faut considérer comme le dernier chapitre d'une longue « histoire, comme la dernière étape d'un long voyage. Et si « l'on me demandait de condenser, en un mot, tout ce que « nous savons sur les origines de la folie, je répondrais volon- « tiers : Il n'y a qu'une seule cause de l'aliénation mentale, « c'est l'hérédité. »

Dr E. RÉGIS,
chef de clinique des maladies mentales.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

ACTION DE L'ALCOOL SUR LA NUTRITION. — En bonne hygiène, a dit le docteur Jules Simon, dans l'une de ses leçons à l'Hôpital des Enfants, l'alcool est un aliment. Son action thérapeutique dépend de son état de pureté et de son état de concentration. L'eau-de-vie pure, prise à jeun, produit une certaine congestion de la muqueuse stomacale, donne lieu à la sensation de pincements, de douleurs gastralgiques, à de la dyspepsie. Si, au contraire, cette eau-de-vie est hydratée, si son degré alcoolique est abaissé par l'addition d'une certaine quantité d'eau, bien que prise à jeun, elle ne produit plus aucun de ces phénomènes nuisibles et elle devient un agent utile de la digestion, qu'elle facilite.

L'alcool entraîné dans le torrent circulatoire s'oxygène en partie, se transforme utilement, brûle et agit comme les matières grasses. Mais, lorsqu'il est ingéré en trop grande quantité, tout n'est plus oxygéné ; une portion se dépose et reste dans nos organes ; c'est ainsi que, chez certains alcooliques, on a constaté après l'autopsie, dans le cerveau notamment, la présence de l'alcool ; c'est ainsi que l'alcool non oxygéné dans l'économie se dépose dans le foie et produit la cirrhose.

L'alcool oxygéné, au contraire, augmente le poids des individus et développe les forces.

Il y a quelques années, le professeur Fuster, de la Faculté de Montpellier, préconisa dans le traitement des maladies de poitrine et, d'ailleurs, dans toutes les affections où il y a urgence à réparer les pertes de l'économie, l'emploi simultané de l'alcool et de la viande crue. L'application de sa méthode devait nécessairement donner d'excellents résultats, car, d'après ce qui vient d'être dit de

l'alcool, il réunissait ainsi deux substances possédant chacune de réelles qualités alimentaires. C'est à la même association qu'il faut attribuer le succès des préparations alimentaires qui rendent de si grands services dans la pratique médicale et dont l'élixir Ducro peut être considéré comme le véritable type. Les médecins trouvent en lui, non pas seulement un médicament aliment d'une grande puissance, mais aussi une préparation alcoolique à degré constant et à un état de dilution qui en rendent la prescription facile.

Il n'est pas douteux aujourd'hui que la médication alcoolique sera toujours pratiqué avec avantage toutes les fois qu'il s'agira de rétablir l'équilibre entre l'assimilation des éléments et les pertes journalières ayant pour causes la dénutrition cellulaire, l'usure que subit le corps vivant.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort d'un de nos jeunes confrères qui vient de succomber, victime de son dévouement à ses malades. M. le docteur Alfref Variot, de Neuilly (Seine), meurt à l'âge de trente ans, emporté par une angine couenneuse, dont il avait contracté les premières atteintes en soignant un jeune enfant.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Carl Hueter, professeur de chirurgie à Greifswald, et de M. le docteur Guillemette, décédé, ces jours derniers, à Villers-Marmery (Marne).

***

Concours de clinicat. — Plusieurs concours de clinicat viennent de se terminer; ils ont donné les résultats suivants :

Clinicat chirurgical : 1° M. Segond; 2° M. Bary. Chefs de clinique adjoints : MM. Charles-Petit et Jullien.

Clinicat obstétrical : 1° M. Maygrier. Chef de clinique adjoint : M. Bar.

Clinicat médical : 1° M. Brissaud; 2° M. Gaucher. Chefs de clinique adjoints : MM. Faisans et Juhel-Rénoy.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques.—Est nommé chef de clinique titulaire : M. Lelnir.

***

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 20 juin 1878;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

« Art. 1er. — L'article 5 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 5 — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription.

« Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième partie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

« Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'article 4; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen, qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles, dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui nnt opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre; mais, en cas d'échec à cette épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions.

« Art. 2. — Le ministre de l'instructinn publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

« Fait à Paris, le 23 juillet 1882.

« Jules Grévy. »

***

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts :

Vu le décret du 20 juin 1878;

Considérant que les candidats au doctorat en médecine, pouvant subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, nnt, en fait, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie;

Considérant que chaque étudiant doit avoir nécessairement suivi le cours dont il s'agit pendant quatre trimestres;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er.—Le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième. »

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 23 juillet 1882.

Jules Grévy.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le concours des bourses de doctorat ouvert le 20 de ce mois s'est terminé mercredi dernier, 26 juillet 1882. Les questions données pour l'épreuve écrite ont été :

A.—Elèves ayant quatre inscriptions : 1o Chaleur spécifique des corps solides et liquides; 2o Le mercure et ses principaux composés; 3° Le sarcopte de la gale, les rubiacés à ipécacuanha.

B. — Elèves ayant huit inscriptions : 1o L'os maxillaire inférieur; 2o L'articulation temporo-maxillaire; 3o Les muscles élévateurs et déducteurs de la mâchoire inférieure.

C.—Elèves ayant douze inscriptions : 1o L'intestin grêle; 2o La digestion intestinale.

D. — Elèves ayant seize inscriptions : 1o Diagnostic et anatomie pathologique de la méningite tuberculeuse; 2o La hernie ombilicale.

***

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Mellier, préparateur de chimie, est chargé, en outre, de diriger les travaux pratiques de chimie.

***

Faculté de médecine de Nancy. — Le concours pour la place de prosecteur d'anatomie s'est terminé par la nomination de M. Nicolas Adolphe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

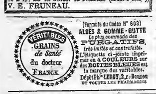
282. M. Guesdron. De la pollakiurie dans la maladie de Bright. — 283. M. Cartier. La maladie et le systèmenerveux. — 284. M. Sabatier. Traitement des scrofulides cutanées et des gommes scrofuleuses chez les enfants par le râclage et la cautérisation au thermo-cautère. — 285. M. Charlier. Contribution à l'étude pathogénique du saturnisme cérébro-spinal. — 286. M. Schlemmer. Etude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles. — 287. M. Lorquier. De l'orchite de la fièvre typhoïde. — 288. M. Vallon. De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. — 289. M. Boyé. Du traitement de l'épilepsie. — 290. M. Delcroix. De la tétanie.—291. M. Branly. Dosage de l'hémoglobine par les procédés optiques — 292. M. Bessirard. Etude clinique sur l'ascite hémorrhagique. — 293. M. Bardon-Lacroze. Des sections sous-cutanées comme moyen de réduction des luxations anciennes du coude et de l'épaule. — 294. M. Championnier. Contribution à l'étude des lésions des troncs veineux de la base du cou dans les fractures de la clavicule. — 295. M. Périvier. Etude sur la prostatite chronique. — 296. M. Robineau. Quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive.—297. M. Fourguette. Essai sur l'emploi thérapeutique de l'iodoforme en oculistique. — 298. M. Guesennec. Amputation du membre supérieur (celle de la main) par divers procédés, spécialement par des procédés elliptiques et des procédés à lambeaux. — 299. M. Péradon. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la résorcine. — 300. M. Manouvrier. Recherches d'anatomie comparatrice et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau (premier mémoire).—301. M. Picard. Etude sur l'accouchement prématuré artificiel.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 14 JUILLET AU JEUDI 20 JUILLET 1882.

Fièvre typhoïde 44. — Variole 11. — Rougeole 18. — Scarlatine 2. — Coqueluche 0. — Dipthérie, croup 41. — Dysenterie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 41. — Phthisie pulmonaire 165.— Autres tuberculoses 3.— Autres affections générales 56. — Malformation et débilité des âges extrêmes 37. — Bronchite aiguë 11. — Pneumonie 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 65. — au sein et mixte 36. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 86. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 41. — de l'appareil digestif 45. — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 36. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 884 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



53e année. 6e série. Tome IV. N° 31 5 AOUT 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 3 août 1882.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est presque à l'improviste que l'Académie de médecine a tenu mardi dernier, sous la présidence de M. Legouest, sa séance annuelle, annoncée seulement à l'issue du comité secret qui avait fait suite à la précédente réunion. Les vides laissés par l'assistance n'ont pas été plus nombreux que lors des précédentes années ; peut-être eût-il été difficile que l'indifférence des académiciens et du public pour cette solennité fit des progrès !

La lecture du rapport général du secrétaire annuel sur les prix décernés en 1881 a rempli toute la séance. M. Bergeron s'est acquitté de cette tâche ingrate dans les termes les plus heureux, et nous nous faisons un sincère plaisir de constater que son rapport, qui dénote chez l'auteur une érudition variée unie à beaucoup d'esprit et de cœur, a été fréquemment interrompu par des applaudissements chaleureux.

E. R.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE CANCER DU RECTUM.

L'importante communication que M. le professeur Trélat a faite au commencement de l'année à la Société de chirurgie sur l'opportunité de la colotomie lombaire dans le traitement du cancer du rectum a provoqué une discussion qui, bien qu'inachevée et toujours pendante, n'en a pas moins accusé les tendances actuelles, et c'est à ce titre qu'il nous a semblé intéressant d'y revenir et de la résumer en quelques lignes.

La question de l'intervention peut et doit être examinée à deux points de vue bien différents : la cure radicale et l'intervention palliative.

Tandis qu'en Angleterre on s'abstient d'opérer, même au début, lorsque le cancer n'a pas encore dépassé les parois du rectum, qu'il n'est pas adhérent et qu'il ne s'est pas étendu assez haut en longueur pour faire craindre l'envahissement du cul-de-sac péritonéal, en France, au contraire, l'avis est unanime, l'extirpation est toujours pratiquée dans ces circonstances. Nous dirons cependant que M. Trélat (séance du 7 juin) s'est demandé, à propos de deux cas malheureux où l'extirpation semblait fort indiquée, s'il ne serait pas préférable, même dans ces cas bien limités, de faire la colotomie lombaire.

Lorsque, au contraire, le cancer est adhérent, les avis sont partagés.

Nos chirurgiens cependant rejettent tous l'extirpation totale et n'interviennent que palliativement.

Bien différents sont les Allemands, qui, à l'exemple de Simon, de Wolkmann et de quelques autres, extirpent toujours.

La question ne pouvait donc porter à la Société de chirurgie que sur le choix des opérations palliatives.

Encore devons-nous dire que l'intervention palliative devra être subordonnée à l'apparition de certains symptômes susceptibles d'amener la mort du malade, en première ligne, des phénomènes d'obstruction ; elle pourra aussi efficacement lutter contre le ténesme et les douleurs souvent intolérables qu'éprouvent les malades.

Si, en effet, un cancer inopérable est indolent et laisse à l'intestin un orifice de décharge suffisant, nul doute, évidemment, l'abstention devra être absolue.

On voit de la sorte la divergence qui existe sous ce rapport avec les chirurgiens anglais, qui font dès le début l'anus artificiel, à l'époque où le cancer est opérable et dans le but unique de le soustraire du contact des matières fécales.

Au résumé, en France, il y a accord pour le moment à intervenir palliativement : la discussion s'est uniquement engagée sur les méthodes à employer.

Elles sont de deux ordres : la méthode sanglante et non sanglante.

Parmi les procédés de cette dernière, la dilatation seule a été chaudement défendue par M. Després.

Mais le débat a surtout porté sur ceux de la méthode sanglante et particulièrement sur la rectotomie linéaire et l'anus artificiel.

Nous ne parlerons pas en conséquence des autres procédés, qui n'ont pas trouvé de défenseurs dans la discussion actuelle.

M. le professeur Trélat préconise l'anus artificiel, et M. Verneuil lui oppose la rectotomie linéaire, dans le cas, bien entendu, où le néoplasme siége assez bas pour qu'on puisse facilement atteindre sa limite supérieure.

Dans le cas contraire, il se rallie à l'anus artificiel.

L'opération en question suppose donc un cancer peu étendu en hauteur ; elle s'applique à un groupe clinique spécial et bien déterminé, mais elle possède une valeur incontestable et fait cesser d'emblée les accidents de l'obstruction, la douleur et le ténesme qui l'accompagnent, on le suit.

Le symptôme douleur ne peut donc être dû exclusivement, comme du moins on le croyait autrefois, au contact irritant des matières fécales.

Est-il, dès lors, le résultat de la douleur spéciale du cancer, douleur qui disparaîtrait par cette façon de révulsion, comme le veut M. Després ?

Est-il plutôt dû à la suppression de l'obstacle, comme l'a indiqué M. Verneuil, ou à la contracture du sphincter ?

Peu importe, le fait subsiste : la douleur cède comme par enchantement à la suite de la rectotomie.

M. Verneuil fait l'anus inguinal quand il ne peut atteindre

le cancer par en haut et ne recourt à la colotomie lombaire que lorsque le néoplasme dépasse l'S iliaque.

M. Trélat, au contraire, s'adresse d'emblée à cette dernière et il en a tracé magistralement le manuel opératoire, qu'on lira avec fruit dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*. L'un et l'autre invoquent de nombreuses raisons pour justifier leur pratique.

Le chirurgien de la Pitié considère comme illusoire l'objection tirée de la plaie péritonéale, et il rejette l'opération de Callisen parce qu'elle favorise l'infiltration stercorale, l'accumulation de matières dans une trop grande longueur d'intestin entre l'anus artificiel et l'anus normal, enfin le renversement de la muqueuse qui, selon lui, ne serait pas rare.

M. le professeur Trélat insiste de son côté sur les avantages de la plaie extra-péritonéale, sur l'intérêt qu'il y a à ouvrir l'intestin sur un point toujours déterminé, point qui conserve la plus grande étendue possible du tube digestif.

Pour lui, l'accumulation de matières dans le bout inférieur est exceptionnelle, car les malades ont une petite selle environ tous les dix ou quinze jours, enfin le chirurgien de Necker trouve que l'augmentation de longueur du bout inférieur est insignifiante et que l'opération de Callisen donne au chirurgien l'avantage de ne pas confondre l'intestin grêle et le colon, et au malade un orifice de décharge moins désagréable.

En vérité, les malades qu'il a présentés, et surtout celui si intéressant de M. Tillaux, ne semblent guère se plaindre du siége postérieur de leur anus.

Il est évident que la colotomie lombaire se pratique à gauche; cependant, comme le fait remarquer M. Trélat, il est des cas où le néoplasme est si étendu qu'on peut être conduit à faire un anus lombaire droit.

De toute cette discussion, il ressort : 1o Qu'il est des cas où, en vérité, il faut pratiquer la rectotomie linéaire, et M. Trélat lui-même a partagé cet avis; 2o Que si le néoplasme est trop haut situé pour que cette opération soit praticable, il faut ouvrir un orifice de décharge.

S'adressera-t-on à l'opération de Littre ou de Callisen ?

M. Verneuil s'appuie surtout sur l'extension du néoplasme, réservant la colotomie lombaire à des cas exceptionnels. M. Trélat y a recours d'emblée; or, les raisons invoquées de part et d'autre ne manquent pas d'être nombreuses, comme on vient de le voir.

Quelle en est la valeur ? C'est ce qu'il est encore impossible de préjuger dans l'état actuel des choses, et le débat ne pourra être repris avec fruit que sur de nouveaux documents. Mais si la discussion engagée à la Société de chirurgie n'a pu, faute de faits suffisants, fixer d'une façon définitive ce point de pratique chirurgicale, elle n'en a pas moins eu l'avantage d'établir nettement les éléments de la question et d'indiquer aux chirurgiens la voie dans laquelle ils devront désormais diriger leurs investigations.

PICQUÉ.

CLINIQUE MÉDICALE

RELEVÉ CLINIQUE du service de M. le docteur LANCEREAUX. — Hôpital de la Pitié (année 1881). — Par M. OCTAVE GUELLIOT, interne du service.

Dans un service hospitalier qui comprend près de cent lits, les maladies observées dans le courant d'une année sont nombreuses; les unes se voient en nombre assez considérable et arrivent souvent par série : il peut être utile de les rapprocher dans une étude d'ensemble, de les grouper et de chercher quelles différences cliniques elles ont présenté suivant la saison de leur apparition ou l'état antérieur du sujet atteint; d'autres sont ce qu'on appelle des *cas rares*, et il est intéressant, à cause de cette rareté, d'en donner au moins un résumé succinct. Nous allons essayer de remplir ce double programme en restant le plus concis possible et en résumant les idées de notre maître sur les différentes maladies que nous étudierons successivement (1).

Du 1er janvier au 31 décembre 1881, il est entré dans les salles 1,062 malades, dont 639 hommes et 423 femmes. C'est pendant les mois de juin, juillet et août que le mouvement a été le plus actif. A cette époque, en effet, les convalescents prolongent moins leur séjour à l'hôpital; de plus, ce sont ces mois qui ont fourni le plus d'affections aiguës. La mortalité totale est de 188 (H. 118; F. 70), soit un peu plus de 1 pour 6 (1/5,6). Ce sont les tuberculeux qui entrent pour la plus grande part dans ce total, puisque, à eux seuls, ils constituent presque la moitié de la léthalité générale.

C'est donc un ensemble de plus de mille observations et d'environ cent quatre-vingt protocoles d'autopsie qui va former la base de ce travail : on conçoit qu'il faille mettre un peu d'ordre dans la disposition de matériaux aussi nombreux; il nous faut donc adopter une division, et nous allons passer successivement en revue les *maladies aiguës* et les *maladies chroniques*. Certes, nous n'ignorons pas ce qu'une pareille distinction a d'arbitraire, et nous avouons qu'elle serait absolument mauvaise et antiscientifique, si nous faisions autre chose qu'une revue clinique, si, par exemple, il s'agissait d'anatomie pathologique. Mais, dans un relevé comme celui-ci, il nous a semblé qu'il était instructif de rapprocher des états morbides à évolution analogue, et beaucoup plus utile de placer la pneumonie à côté des fièvres que d'en parler entre la tuberculose et le cancer du poumon.

A. *Affections aiguës.*

La plupart des pyrexies ont des saisons de prédilection en dehors desquelles elles sont rares, du moins dans leur forme franche; et nous avons noté avec soin l'époque de leur intensité *maxima*.

Quand nous sommes arrivés dans le service, en janvier 1881, nous y avons trouvé un assez grand nombre de fièvres typhoïdes qui sont devenues rares pendant les mois suivants. Elles ne sont plus qu'à l'état de cas isolés pendant les mois de printemps (avril, mai); mais alors leur succèdent les grippes et surtout les pneumonies. En juin, une épidémie de fièvre puerpérale fait évacuer le service d'accouchements de la Pitié; à ce moment, nous avons un assez grand nombre de fièvres catarrhales, des entérites, des pneumonies et des érysipèles à évolution irrégulière. Au mois d'août, les pneumonies persistent; il y a une recrudescence de fièvres typhoïdes et quelques pleurésies. Les dothiénentéries sont encore assez nombreuses en octobre et en novembre; mais elles sont remarquables par leur bénignité et la rapidité de leur évolution;

(1) Nous tenons à remercier ici notre collègue et excellent ami le docteur Bruchet, qui a eu l'amabilité de tenir à jour notre registre d'observations pendant les quelques semaines de congé que nous avons prises

les cas de grippe se succèdent. Enfin, en décembre, il y a un nouvel augment dans l'arrivée des typhiques et plusieurs pleurésies entrent coup sur coup dans les salles.

Ainsi la note dominante est donnée : en hiver, par les fièvres continues, les pleurésies; au printemps, par les pneumonies; en été, par les fièvres typhoïdes, les pneumonies, les entérites. L'automne forme comme une saison de transition sans prédominance bien marquée de telle ou telle maladie.

Nous allons, dans des paragraphes spéciaux, consacrer quelques lignes à ces différentes affections.

1. Fièvres éruptives.

Le service a été remarquablement pauvre à ce point de vue : la plus grande fréquence de ces fièvres chez l'enfant et l'isolement des varioleux donnent la raison de ce fait.

Une femme est venue se faire traiter d'une albuminurie consécutive à une *scarlatine* guérie depuis un mois ; chez une autre, la maladie a évolué sous nos yeux et s'est accompagnée de douleurs rhumatoïdes assez vives ; la fièvre est tombée au huitième jour. Enfin, une troisième, venue avec une angine interne et une fièvre de 41 degrés, a présenté bientôt une rougeur scarlatineuse des membres, et une desquamation caractéristique est venue plus tard confirmer un diagnostic qui avait été en suspens au début.

En juillet, nous avons eu, à quelques jours d'intervalle, deux jeunes gens atteints d'*urticaire*. Chez le premier, il a débuté par des épistaxis, des frissons ; la température a atteint 39°4 et la fièvre n'est tombée qu'au treizième jour ; l'autre malade a éprouvé, au début, des douleurs de reins, de la courbature, et une angine a précédé de quatre ou cinq jours l'éruption cutanée. La fièvre avait disparu au moment où le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital ; les papules occupaient surtout la face et les mains. Ce sont là deux exemples de *fièvre ortiée*, qui ont bien des points de contact avec les fièvres éruptives décrites par les auteurs : rougeole, variole, scarlatine.

C'est là aussi qu'il faudrait peut-être ranger un *érythème noueux* apparu chez une femme de cinquante-deux ans, non rhumatisante. L'éruption est précédée pendant dix jours de malaise, d'état gastrique avec amygdalite ; puis des plaques d'érythème se montrent au niveau des malléoles, autour des genoux et deviennent confluentes sur le dos des mains. En même temps, l'état général est assez grave : inappétence complète, haleine fétide, langue saburrale, diarrhée abondante. Pendant le premier septenaire, la fièvre atteint le soir 39°, 39°,5 ; plus tard, elle oscille entre 38° et 39° ; mais la température ne redevient normale qu'à partir du vingt-septième jour, bien que l'éruption ait disparu depuis quelque temps.

2. Pneumonie.

Des fièvres éruptives nous rapprochons la pneumonie, qui a avec elles tant de points de ressemblance : marche épidémique, évolution réglée, etc.

Si nous laissons de côté, pour le moment, les pneumonies des vieillards et des alcooliques, nous trouvons 19 cas de maladie franche ; un seul malade a succombé. Presque toutes les pneumonies appartiennent aux mois d'avril, mai, juin, juillet et août, c'est-à-dire à la fin du printemps et à l'été.

Sa température a donné la courbe classique, et la défervescence a eu lieu du huitième au neuvième jour ; exceptionnellement, la fièvre est tombée du quatrième au cinquième jour, de même qu'elle disparaît, dans quelques cas de fièvre typhoïde, à la fin du second septenaire. Trois fois des phénomènes critiques ont coïncidé avec le début de la convalescence.

1. L..., 39 ans, entré le 5 mars. Pneumonie droite à forme bilieuse ayant débuté le 3. Chute de la fièvre le huitième jour : le malade a une expectoration abondante et *sucrée ;* on constate la présence de sucre dans la salive ; rien dans les urines. Quelques jours après, *anthrax*, apparition de la glycose dans les urines. Exeat le 26 avril ; la glycosurie passagère a disparu.

2. F..., 66 ans. Début le 5 juillet. Signes physiques d'abord obscurs ; évolution normale. Apparition, pendant la convalescence, de nombreuses pustules d'*ecthyma* sur les mains, la commissure des doigts, les avant-bras. Exeat le 29 août.

3. D..., 47 ans, à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu. Pneumonie du 3 au 11 octobre. Au moment de la guérison, pustules d'*ecthyma* et *furoncles* dans le dos ; l'éruption a son maximum au niveau d'un vésicatoire cicatrisé depuis plusieurs jours.

Enfin, voici un exemple de *phlegmatia double* à la suite d'une pneumonie.

4. H... Louise, 40 ans, domestique, entrée le 26 mai. Cicatrices scrofuleuses sous-maxillaires ; sénilité précoce. Début de pneumonie gauche le 21 mai. Chute de la température le 30. Le 5 juin, la malade se plaint d'une douleur dans le mollet droit ; les deux pieds commencent à enfler. Les jours suivants, la douleur augmente dans les deux mollets, les veines superficielles se dilatent et la double phlegmatia s'accentue ; la température remonte momentanément à 38°. Amélioration à partir du 14 juin ; la malade se lève le 27 et sort le 11 juillet. La marche est encore pénible et les pieds sont œdématiés le soir.

Le seul cas de mort est survenu chez un individu de 52 ans, entré à l'hôpital le 26 août avec une pneumonie droite. Le 28, l'état général s'aggrave ; la lésion envahit toute l'étendue du poumon. Le 1er septembre, élévation de la température, envahissement du poumon gauche. A l'autopsie, hépatisation grise à droite, hépatisation rouge à gauche.

A côté de ces cas, qui répondent à la description classique de la pneumonie, il faut placer, pour les comparer, les pneumonies des ivrognes et des vieillards. Elles apparaissent en dehors des saisons habituelles, et celle des gens âgés, en particulier, se voit plutôt en hiver ; elles évolvent d'une façon plus ou moins irrégulière, tantôt latentes et ne se révélant que par quelques signes d'auscultation, tantôt accompagnées d'un cortège bruyant de phénomènes délirants ou ataxiques qui parfois fait faire fausse route au médecin.

Cinq vieillards sont morts de cette façon, et trois fois la maladie n'a été soupçonnée que par l'affaissement du malade, la sécheresse de la langue, le facies spécial.

La pneumonie des buveurs n'est pas moins insidieuse.

5. Une femme de 55 ans, soupçonnée d'alcoolisme, entre le 23 décembre. Le 20 elle avait été prise de frissons, de vomissements. La température est à 39°,8. Pas de point de côté ; à l'auscultation, souffle très faible au sommet droit. Diagnostic : pneumonie. Mort le 27. Hépatisation du poumon droit ; état gras du foie ; surcharge graisseuse du mésentère.

6. Le 4 novembre, on apporte une femme de 50 ans qui est dans le collapsus et qui aurait eu des attaques épileptiformes. Malgré l'absence de signes d'auscultation, vu la teinte sub-

ictérique de la peau, la présence d'une vésicule d'herpès sur la lèvre, l'élévation de la température (39o), M. Lancereaux diagnostique une *pneumonie probable*; l'anesthésie des extrémités, les caractères du délire, font ajouter... *chez une alcoolique*. Les renseignements obtenus le lendemain confirmèrent cette seconde partie du diagnostic. Mort le 6 novembre. A l'autopsie, pneumonie et cirrhose alcoolique.

Analogues quant à leur symptomatologie et leur gravité, les pneumonies des vieillards et des ivrognes le sont encore souvent par leurs lésions. Le poumon n'est pas nettement granulé, l'exsudat fibrineux est peu abondant et la friabilité est peu considérable : c'est un état intermédiaire à la congestion et à l'hépatisation franche, bien que les fragments de poumon aillent au fond de l'eau. Ainsi un vieillard de 70 ans et un homme de 35, dont l'organisme est profondément atteint par l'abus des liqueurs spiritueuses, sont égaux devant la pneumonie. La diminution de résistance, le défaut de réaction sont les mêmes chez l'un et chez l'autre; et, à ce point de vue comme à beaucoup d'autres, il est juste de dire que l'alcoolisme produit une vieillesse anticipée.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1882. — Présidence de M. Blanchard.

Physiologie. — Recherches sur les lois de l'activité du cœur. Note de M. Dastre.

Le jeu du cœur est régi par deux lois que les physiologistes connaissent sous le nom de *loi de la variation périodique de l'excitabilité* (Marey) et de *loi de l'uniformité du travail ou du rythme* (E. Cyon; Marey). Je me suis proposé de faire l'analyse expérimentale de ces propriétés; de savoir, le cœur étant un organe complexe, musculaire et nerveux, à laquelle de ces deux parties l'une et l'autre propriété devaient être attribuées, d'en chercher l'explication et enfin d'en déduire les conditions ou causes du mouvement rythmé. Je crois établir que la première est un attribut, une manière d'être du muscle; que la seconde est un attribut de l'appareil nerveux.

I. M. Marey a montré que, dans le cours d'une révolution, le cœur (tortue, grenouille) passait périodiquement par deux états : pendant la contraction, il est réfractaire aux excitations, qui, appliquées un peu plus tard, pendant le relâchement, provoquent un battement nouveau intercalé dans la série de ses battements rythmiques. L'excitabilité varie périodiquement : très faible pendant que le cœur se contracte, elle croît régulièrement pendant tout le temps qu'il est relâché.

La propriété avait été reconnue pour le cœur entier (nerfs et muscles). Nous l'avons recherchée (1) dans le muscle seul (pointe de ventricule). Cette pointe est naturellement inerte : elle ne bat pas. Un artifice, l'emploi de courants d'induction fréquemment interrompus, la fait battre rythmiquement. Lorsque les battements sont devenus réguliers, on surprend le muscle aux différentes périodes de sa révolution par une décharge supplémentaire. On a soin que cette décharge ne rompe pas le rythme du courant excitateur : pour cela on supprime brusquement une résistance électrique intercalée dans le circuit inducteur. Si l'on a soin de remplir les conditions nécessaires pour que l'excitation surajoutée soit toujours identique à elle-même, on vérifie que le muscle cardiaque, comme le cœur entier, est réfractaire pendant la systole et excitable pendant la diastole. La loi d'inexcitabilité périodique est donc véritablement une loi musculaire. L'excitabilité du muscle cardiaque augmente régulièrement, depuis le début du relâchement jusqu'à la fin. Quant à la phase systolique, la variation d'excitabilité pendant sa durée est plus difficile à caractériser. Il nous a paru que, contrairement à ce qui a été dit à propos du cœur tout entier, l'excitabilité décroît d'une manière continue pendant la phase systolique. La courbe de l'excitabilité serait représentée par le graphique même de la contraction renversé.

La loi de la variation périodique d'excitabilité, appliquée au muscle, permet d'expliquer légitimement, ainsi que M. Marey l'avait fait par avance, deux des propriétés spéciales du muscle cardiaque, à savoir : 1o d'exécuter des mouvements discontinus pour une excitation continue (Heidenhain, Ranvier, Dastre et Morat); 2o de réagir à des excitations rythmées en prenant un rythme de mouvement différent (Eckhardt, Bowditch, Dastre et Morat).

Les travaux d'un grand nombre de physiologistes ont solidement établi l'idée que le mouvement rythmé est une propriété adéquate du muscle cardiaque. Il restait à savoir quelles sont normalement les excitations continues ou intermittentes qui permettent au muscle cardiaque de traduire en fait son aptitude au mouvement rythmique.

La plus remarquable de ces excitations est celle de la pression. M. Marey d'abord, puis J.-M. Ludwig et Luchsinger, M. Foster et Gaskell ont mis en évidence l'action excitatrice de la pression sur le muscle cardiaque. Une pression suffisante peut provoquer les mouvements du muscle cardiaque immobile. Cette même propriété appartient à d'autres muscles creux de la vie organique, tels que l'uretère. Une de nos expériences montre que les variations périodiques de la pression qui se produisent normalement dans le cours d'une révolution cardiaque sont précisément aptes à entretenir le rythme des contractions. On conjugue deux cœurs isolés : par exemple, un cœur de tortue intact et un cœur de grenouille préparé à la façon de Bernstein; lorsque les tubes sont réunis, la pression engendrée par la contraction du premier se fait sentir périodiquement dans l'autre. La pointe du cœur de grenouille, tout à l'heure immobile, se met à battre avec le rythme du cœur de tortue, tandis que la base avec les oreillettes conserve son rythme propre.

Les propriétés du muscle et les alternatives de la pression suffisent donc à entretenir les battements du cœur.

A cet appareil musculaire essentiel au rythme s'en ajoute un second qui est accessoire, c'est le système nerveux intra-cardiaque, véritable système de perfectionnement, et enfin, au-dessus de cet appareil, et agissant de la même manière, un autre encore renforçant l'action du précédent, le système nerveux (modérateur et accélérateur) extra-cardiaque ou extrinsèque.

L'explication de la loi de la variation périodique d'excitabilité résulte des mêmes faits et d'une autre expérience qui consiste à établir la conjugaison croisée de deux cœurs. L'un normal, l'autre préparé à la façon de Bernstein. La pression, stimulant promoteur du rythme, n'a d'action que si elle s'exerce à l'intérieur : appliquée à l'extérieur, elle ne détermine pas la pointe immobile à entrer en action. Son efficacité paraît due, par conséquent, à ce qu'elle se comporterait comme un agent mécanique de distension. L'excitabilité du cœur s'accroît pendant la phase diastolique, parce que la distension active ou élastique produit par elle-même une stimulation. Cette stimulation, qui vient s'ajouter à celles qui sollicitent d'autre part le muscle cardiaque, à ce moment, fait paraître celles-ci plus efficaces.

II. Loi de l'uniformité du rythme du cœur. — M. Marey a observé que, lorsque l'on trouble le rythme normal du cœur (grenouille) en provoquant artificiellement une contraction nouvelle;

(1) Ces expériences ont été faites en collaboration avec le docteur Arturo Marcacci, assistant à l'Institut physiologique de Turin.

après chaque systole provoquée, il se produit un repos compensateur qui rétablit le rythme du cœur un instant altéré.

Nous nous sommes proposé d'étudier quelques-unes des circonstances de ce phénomène et, en particulier, de savoir s'il manifeste une propriété du muscle ou une propriété de l'appareil nerveux cardiaque. Voici les faits :

1o Lorsque l'on opère sur le cœur entier, les excitations efficaces ou inefficaces, qu'elles produisent un travail additionnel ou non, peuvent être suivies d'une pause manifeste. Ce repos est un phénomène indépendant du travail musculaire ;

2o Lorsque, au contraire, l'on excite le muscle cardiaque seul, entretenu artificiellement en mouvement parfaitement régulier, ces excitations, efficaces ou non, ne sont point suivies de repos.

Le repos compensateur est donc le fait de l'appareil nerveux intra-cardiaque. Celui-ci, outre sa fonction d'auxiliaire du système musculaire, présiderait à la régulation du travail du cœur (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 1er août 1882. — Présidence de M. LEGOUEST.

M. BERGERON, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés en 1881 :

Prix de l'Académie. — Question proposée : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. »

Ce prix était de la valeur de 1,200 francs.

Un mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur A. Mayor, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : « Des accidents épileptiformes dans l'hystérie. »

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ballet (Louis-Gilbert), médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 2, avec cette épigraphe : *L'épilepsie est, de toutes les névroses, celle avec laquelle il est le plus facile de confondre et avec laquelle on a le plus souvent confondu l'hystérie.*

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : « Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse. »

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Quatre mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Belugou (Alphonse), médecin aux bains de La Malou (Hérault), auteur du mémoire inscrit sous le numéro 2, portant pour épigraphe : *Eripit interdum, modo dat medicina salutem : nil prodest quod non lædere possit idem* (Ovide).

Elle accorde des mentions honorables : A M. le docteur Caulet, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), auteur du mémoire inscrit sous le numéro 3, ayant pour épigraphe : *Primum non nocere* ; M. le docteur Queirel, chirurgien de la Maternité, à Marseille, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 4, portant pour épigraphe : *quò natura vergit, eo ducendum* (Arétée).

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus (extrait du testament).

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 6,000 francs.

Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Toulouse, pour ses travaux sur le charbon, le choléra des poules et la septicémie expérimentale aiguë, inscrits sous le numéro 4.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Il était de la valeur de 1,500 francs.

Quatre ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Il était de la valeur de 2,000 francs.

Six ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde, à titre de récompense : 1o 500 francs à M. le docteur Vidal (Emile), de Paris, pour son travail intitulé : « Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine », inscrit sous le numéro 4; 2o 500 francs à M. le docteur Campardon, pour son « Mémoire sur l'emploi thérapeutique de deux plantes indigènes », inscrit sous le numéro 5.

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Badal, de Bordeaux, pour son travail intitulé : « Leçons d'ophthalmologie », inscrit sous le numéro 1. Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Vincent, de Guéret (Creuse), pour son mémoire inscrit sous le numéro 2.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : « De l'Epithélioma des lèvres ».

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Deux mémoires ont concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il était de la valeur de 2,000 francs.

Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit : 1° Un prix de 1,200 francs à M. le docteur Lucas-Championnière pour son ouvrage : « Sur la trépanation du crâne », inscrit sous le numéro 2, 2° Un prix de 800 francs à M. le docteur Toussaint (Henri), pour son « Mé-

(1) Ce travail a été fait dans le laboratoire de Physiologie de la Sorbonne (P. Bert).

moire sur l'anatomie de l'artère pideuse et sur ses anévrysmes », inscrit sous le numéro 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Larger, de Maisons-Laffitte.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.—Ce prix devait être décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie.

Il était de la valeur de 2,500 francs.

Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne un prix de 1,500 francs à M. le docteur Liénard, de Sedan, auteur du mémoire portant pour épigraphe : *Laboremus*, inscrit sous le numéro 2.

Elle accorde, en outre, une récompense de 1,000 francs à M. le docteur Emile Duponchel, médecin aide-major de première classe au 18e escadron du train, à Bordeaux, pour le mémoire inscrit sous le numéro 1, ayant pour épigraphe : *Statuar tumulo, non mastus et atrox, sed hilarus et coronatus.* (Tacite).

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette sixième période (1876 à 1881), ou, subsidiairement, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires

Ce prix était de la valeur de 10,000 francs.

Cinq concurrents se sont présentés.

L'Académie partage les prix, ainsi qu'il suit : 1o 6,000 francs, à M. le docteur J. Bigelow, de Boston (Amérique), auteur du travail inscrit sous le no 2, intitulé : « Cure et prophylaxie des rétrécissements de l'urètre par la dilatation urodyname »; 2o 4,000 francs à M. le docteur Th. Anger, auteur des travaux inscrits sous le no 4 : « Nouveaux instruments pour faire la taille avec le thermocantère. — Hypospadias péno-scrotal. »

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme, destinée à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. le docteur Alfaro, correspondant à Madrid. — Note déposée par le fondateur : « J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs, pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante :

« Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action.

« Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Un mémoire a été envoyé pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Lagardelle.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Six ouvrages ou mémoires ont été présentés pour ce concours.

Aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : « Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition. »

La valeur de ce prix était de 1,000 francs.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

1o Des médailles d'argent à MM. les docteurs Lavergne, médecin des Enfants-Assistés du département de l'Allier, et Sagnier, médecin à la Grand'Combe (Gard) ; 2o des médailles de bronze à MM. les docteurs Juventin (de Beauregard) ; Ory, sous-inspecteur des Enfants-Assistés du département de la Loire ; Pippinhskold, de Helsingfors (Finlande).

— L'Académie a décerné ensuite des médailles d'or et d'argent, tant en son nom qu'au nom du ministre de l'agriculture et du commerce, aux lauréats qui se sont le plus distingués dans les services des épidémies, de la vaccine, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1882. — Présidence de M. Labbé.

Injections iodées dans les kystes de l'ovaire.—M. Boinet, à propos du procès-verbal, revient sur cette question. Pour lui l'injection iodée est bonne et réussit dans certains kystes de l'ovaire. Ceux-ci sont de différentes variétés ; il y a les kystes séreux, les kystes à liquide albumineux, les kystes hématiques, les kystes purulents et les kystes hydatiques. Ces différentes variétés sont faciles à diagnostiquer ; l'injection iodée donne de très bons résultats dans les kystes uniloculaires à liquide séreux. M. Boinet a eu souvent l'occasion de faire des injections iodées dans ces cas, et jamais il n'a eu d'accidents. La teinture d'iode n'entraîne pas d'inflammation, et il n'y a aucun danger si elle ne tombe pas dans le péritoine.

Dans les kystes multiloculaires, les injections iodées ne donnent pas de résultat, et quant aux kystes parovariens elle est inutile, puisque ceux-ci guérissent le plus souvent par une simple ponction.

Nouveau procédé d'ostéoclasie.— M. Robin (de Lyon) présente un nouvel appareil pour pratiquer l'ostéoclasie et fracturer l'os en un point absolument précis. L'avantage de cet appareil consiste surtout : en ce que l'on n'agit pas du tout sur l'articulation du genou et qu'on ne contusionne pas les parties molles. M. Robin, après avoir fait des essais sur le cadavre, a employé un appareil chez des sujets atteints de *genu valgum*, et il a obtenu de très bons résultats. La guérison complète a été obtenue dans une période moyenne de trente-cinq jours. La fracture que l'on produit avec cet appareil peut être complète ou incomplète ; elle est toujours sous-périostée et se fait d'avant en arrière.

M. Duboué (de Pau) fait une communication sur l'extraction,

sans opération sanglante, d'un tube à drainage tombé dans la cavité thoracique d'un individu atteint de pyothorax. Il introduisit par la fistule une anse de fil de soie, et après avoir essayé en vain pendant plusieurs jours, le tube finit par venir se mettre à cheval sur l'anse du fil et put être ainsi retiré.

M. GUYON présente, au nom de M. Delesmant (de Saint-Quentin), un troquart à drainage d'un nouveau modèle. La modification consiste en ce que la pointe peut être remplacée par une extrémité mousse, sans qu'il soit nécessaire de retirer la tige du troquart. M. Guyon, qui s'est servi de cet appareil, s'en est bien trouvé.

M. LE FORT fait une communication sur un cas d'élongation du nerf médian. Il s'agit d'un malade qui, quelques mois auparavant, avait reçu à la chasse plusieurs grains de plomb dans le bras. A la suite de cet accident, le malade eut une paralysie des muscles innervés par le médian, et bientôt survint une névralgie intermittente et rebelle à tous les traitements; il y avait une atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras.

Le nerf étant mis à nu, on put constater que, sur une étendue de trois centimètres, il était entouré d'une gaîne fibreuse qui fut enlevée totalement; après cela, on fit l'élongation du nerf. Le résultat de cette opération a été excellent, les douleurs diminuèrent puis disparurent complétement au bout de six semaines, et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

M. POULET (de Lyon) présente un nouvel appareil pour la dilatation du col de l'utérus. Il consiste en une vessie de caoutchouc que l'on introduit dans le col et que consécutivement on distend avec de l'eau. L'auteur a obtenu avec cet appareil de bons résultats dans les cas où, la poche des eaux étant rompue, la dilatation ne se faisait pas.

Dr HENRI BASTARD.

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 31 mai au 3 juin 1882, sous la présidence de M. VON LANGENBECK.

Les représentants les plus autorisés de la chirurgie allemande, constitués en association, se réunissent chaque année à Berlin pour échanger leurs vues et leurs idées et se soumettre leurs principaux travaux de l'année. On peut dire, en toute assurance, que parmi les réunions de ce genre, il en est peu qui justifient autant leur raison d'être par le nombre, l'importance et le caractère pratique des communications et des débats qu'elles soulèvent. Aussi, depuis plusieurs années, la GAZETTE MÉDICALE a pris l'habitude de tenir ses lecteurs au courant des travaux de cette association. Nous renvoyons ceux qui voudraient trouver des renseignemets plus détaillés, sur l'une ou l'autre communication, au compte rendu paru dans un supplément d'un journal hebdomadaire de chirurgie, publié à Leipzig (BEILAGE ZUM CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, n° 29, 1882).

— Un certain nombre de communications ont trait à divers pansements expérimentés dans ces derniers temps. C'est ainsi que le président, M. VON LANGENBECK, a entretenu ses collègues sur *la valeur de l'iodoforme employé pour le pansement des plaies.* L'éminent chirurgien de Berlin ne souscrit que dans une légère mesure à la défaveur qui s'est élevée récemment en Allemagne contre le pansement à l'iodoforme. Une seule fois il a vu l'application de ce pansement provoquer des accidents de manie aigué; c'était à la suite d'une amputation du sein. Mais aussi n'a-t-il jamais dépassé la dose de 15 grammes de poudre d'iodoforme pour un pansement, et le plus souvent la dose employée n'était que de 5 grammes. De plus, M. von Langenbeck proscrit rigoureusement l'emploi de l'iodoforme dans les cas de plaies anfractueuses. Les avantages qu'il se plaît à attribuer à l'iodoforme ne résident pas uniquement dans son action analgésiante; l'iodoforme restreint les sécrétions morbides et entrave la fermentation du sang qui peut être retenu dans une plaie fermée, lorsque, par exemple, un drain vient à être oblitéré par les sécrétions. Enfin, M. von Langenbeck vante tout particulièrement l'emploi de l'iodoforme pour les soins consécutifs aux opérations plastiques, parce que, sous la croûte formée par l'iodoforme, il se fait une cicatrice molle, élastique, qui rend superflu de recourir à une transplantation.

Dans la discussion qui s'en est suivie, les partisans du pansement à l'iodoforme, qui sont encore assez nombreux en Allemagne, ont cherché à atténuer les accusations dirigées contre l'emploi de ce pansement (1).

— M. KÜMELL (Hambourg) a parlé sur *l'emploi du sublimé en chirurgie pour le pansement des plaies.* D'après l'auteur, les expériences faites avec le pansement à l'iodoforme auraient eu pour principal résultat de démontrer que les substances pulvérulentes se prêtent fort bien aux pansements occlusifs. A l'hôpital de Hambourg, à la suite des accidents causés par l'emploi du pansement à l'iodoforme, on fit tour à tour des essais avec l'acide salicylique, la naphtaline, en poudre, avec le sous-nitrate de bismuth, l'acétate d'alumine, l'argile. On retira d'excellents résultats de l'emploi d'un mélange de charbon et d'acétate d'alumine (3 à 5 pour 100), dans les cas où il y avait lieu de redouter les effets toxiques de l'acide phénique. Ainsi, à la suite de l'extirpation du rectum, Schede substitua à l'irrigation continue l'introduction, dans la plaie anfractueuse, du mélange en question, qui mettait de huit à douze jours à être progressivement expulsée. La guérison marchait admirablement bien et sans laisser à sa suite le moindre rétrécissement du rectum.

Dans ces derniers temps, on a expérimenté, à l'hôpital de Hambourg, le pansement au sublimé. Toutes les pièces du pansement sont mises en contact avec ce puissant antiseptique. Ainsi les éponges et les compresses sont conservées dans une solution au 1/1000e. Les fils de soie sont soumis à l'ébullition dans une solution au 1/100e et conservés ensuite dans une solution au 1/1000e. Le catgut est laissé en contact avec une solution à 1 pour 100 pendant douze heures, puis on le conserve, enroulé sur des bobines, dans une solution alcoolique de sublimé à 0,25 p. 100, additionnée de 10 p. 100 de glycérine. Avec cette même solution, on prépare de la ouate et de la gaze au sublimé. Les mains de l'opérateur sont désinfectées avec une solution au 1/1000e de sublimé, qui n'est pas plus caustique que la solution phéniquée à 5 p. 100. Par contre, les instruments sont désinfectés avec ce dernier liquide pour éviter l'action corrosive du bichlorure de mercure.

Enfin on a employé également, pour le pansement des plaies, du quartz pulvérisé, préalablement calciné et mélangé dans la proportion de 1 pour 1000 avec une solution éthérée de bichlorure de mercure (10 gr. de bichlorure pour 200 gr. d'éther). On faisait servir la poussière de quartz, ainsi préparée, aux mêmes usages que l'iodoforme, et on en a retiré d'excellents résultats.

— M. FISCHER (Strasbourg) a vanté à son tour le *pansement à la naphtaline,* qui se recommande par la commodité de son emploi, par son innocuité, par la modicité de son prix de revient. La naphtaline est directement appliquée sur les plaies anfractueuses et à ciel ouvert. En solution éthérée ou alcoolique, elle sert d'autre part à la préparation des pièces à pansement. L'essentiel est de faire usage d'une préparation pure; or, la naphtaline du commerce renferme souvent des produits irritants et toxiques, entre autres du phénol.

—M. RANKE (Goettingue) a fait une communication sur *l'efficacité antiseptique du pansement au thymol* qui, jusqu'ici, n'a pas trouvé grande faveur auprès des chirurgiens. D'après l'auteur, les

(1) Voir, au sujet des accidents causés par l'emploi du pansement à l'iodoforme, une *Revue* parue dans le n° 19, p. 242, de la GAZETTE MÉDICALE de cette année.

essais poursuivis pendant quatre années consécutives, avec beaucoup de persévérance, à la clinique chirurgicale de Goettingue, témoignent tout à fait en faveur du pansement au thymol.

— M. Neuber (Kiel) a parlé sur les *propriétés antiputrides de la tourbe*. A l'hôpital de Kiel on a expérimenté un pansement durable *(pansement rare)* qui consiste dans l'application de sachets de gaze, remplis de poussière de tourbes et fixés à l'aide de bandes de gaze. Ce pansement est laissé en place jusqu'à l'époque présumée de la guérison, c'est-à-dire pendant une période de temps qui variera de dix jours à six semaines, suivant la nature de la plaie. Il a été essayé dans 212 cas de plaies chirurgicales ou de traumatismes accidentels graves. 198 fois un seul pansement suffit, et dans les trois quarts des cas la cicatrisation était complète, ou à peu près, au moment où le pansement fut enlevé. Les propriétés antiputrides de la tourbe ont été déduites de la présence de cadavres en état de conservation *(moorleichen)* dans les tourbières. Des expériences sur les animaux ont démontré d'autre part que l'eau des tourbières, injectée sous la peau d'un animal, de la tourbe introduite dans la cavité péritonéale ne développait pas de réaction inflammatoire.

La tourbe n'a pas seulement des propriétés antifermentescibles ; elle absorbe très énergiquement les sécrétions morbides, et laisse rapidement évaporer les liquides absorbés, grâce à sa porosité ; il se forme ainsi à la surface de la plaie une croûte, à l'abri de laquelle s'effectue la cicatrisation.

— M. Sonnenburg (Berlin) a fait une communication sur l'*emploi des bains permanents en chirurgie*. L'emploi du bain permanent (temp. 30° R), qui a donné d'excellents résultats dans les cas de brûlure, de décubitus, de suppurations profuses, a été employé très avantageusement, à la clinique chirurgicale et à l'hôpital israélite de Berlin, et la suite de la taille et des opérations sur la vessie en général. Sous l'influence du séjour permanent dans le bain, la guérison s'obtient sans douleur, sans fièvre, sans complication d'aucune sorte.

Ces conclusions sont appuyées par plusieurs chirurgiens présents, entre autres par M. Schede, qui raconte qu'il a fait séjourner dans un bain, pendant *quinze mois* consécutifs, nuit et jour, un malade qui avait une fracture du rachis.

É. Ricklin.

(A suivre.)

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE LONDRES.

Section d'ophthalmologie (1).

(Suite et fin. — Voir les numéros 47 et 48, 1881, numéro 30, 1882.)

Séance du 9 août 1881. — Présidence de M. Argyll Robertson.

M. De Wecker. *Des opérations contre le glaucome dans ses différentes formes.*

L'iridectomie reste inefficace dans une série de cas ; elle est même désastreuse chez certains malades. Cette lacune, reconnue d'ailleurs par de Graefe lui-même, est en partie comblée par la sclérotomie, qui a définitivement pris place dans la chirurgie oculaire.

Lorsque l'iridectomie est dangereuse, comme dans le glaucome hémorragique, le glaucome congénital et infantile, les avantages de la sclérotomie ne sauraient être mis en discussion.

Dans les cas où les effets de l'iridectomie sont incertains, tels que les glaucomes chroniques simples sans symptômes irritatifs, la sclérotomie est également préférable. Elle a d'ailleurs cet avantage de pouvoir être répétée plusieurs fois sans inconvénient.

On ne peut affirmer toutefois que tous les cas du glaucome chronique simple seront guéris par la sclérotomie, mais là où elle est impuissante, l'iridectomie n'est pas plus efficace.

Les plus brillants résultats thérapeutiques de l'iridectomie se rencontrent dans le glaucome aigu, et l'on peut dire que le succès de cette opération est en raison directe de l'acuité du glaucome. La sclérotomie, dans ce cas, est d'ailleurs plus difficile, et, ce qui la rend moins applicable encore, c'est que l'on n'arrive pas, au moyen des myotiques, à un resserrement suffisant de la pupille.

L'action plus ou moins complète des myotiques est un réactif excellent pour l'opportunité des deux opérations.

M. Bader (Londres). *La sclérotomie dans le glaucome.*

La communication de M. Bader se résume dans les deux propositions suivantes :

1o Les variétés de glaucome traitées par l'iridectomie peuvent l'être avec plus de succès par la sclérotomie ;

2o Il faut tâcher d'obtenir un staphylome de la conjonctive, avec ou sans prolapsus de l'iris.

M. Abadie. — *Des indications de la sclérotomie.*

Dans les différents processus glaucomateux, on observe deux formes : l'une dans laquelle la chambre antérieure conserve sa profondeur, l'autre dans laquelle elle est plus ou moins effacée par refoulement de l'iris en avant. Contre ces deux variétés pathologiques, il faut diriger deux opérations différentes.

La sclérotomie est dirigée contre l'état pathologique de la région où nous trouvons les canaux de Fontana et de Schlemm oblitérés.

Au point de vue technique, il convient de faire la section (avec le couteau de de Graeffe) aussi lentement que possible, afin de s'opposer à une réunion trop immédiate.

Avant toute opération antiglaucomateuse, l'auteur, dans le but de prévenir les extravasations sanguines, pratique des instillations d'ésérine et des injections sous-cutanées d'ergotine à la tempe.

— M. Leber lit, au nom de M. Schœler (Berlin), une note relative à la *sclérotomie.*

Des expériences faites sur des animaux ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1o Les cicatrices de l'iridectomie et de la sclérotomie *ne sont pas des cicatrices filtrantes ;*

2o Parfois la filtration a été *diminuée* après la sclérotomie, et, lorsque celle-ci avait été répétée plusieurs fois, la diminution de l'exosmose constituait un fait évident ;

3o La sclérotomie agit comme une paracentèse de même étendue

DISCUSSION.

— M. Power (Londres) pense que dans les cas aigus de glaucome, quel que soit le mode employé pour ouvrir l'œil et permettre une issue de liquide, on obtient un résultat quand même. Il préfère l'iridectomie pour les cas de glaucome subaigu. Il ne croit pas qu'une intervention chirurgicale soit utile dans le glaucome hémorragique ou infantile.

M. Panas : Le résultat *immédiatement* favorable de la sclérotomie ne saurait être mis en doute. Toutefois, cette qualité, elle la partage avec une simple paracentèse, avec tout procédé opératoire ayant pour effet d'ouvrir la coque oculaire en quelque point que ce soit. Ces opérations agissent comme débridement, et on peut les comparer au bénéfice que donne l'ouverture de la tunique vaginale du testicule, en cas de gonflement inflammatoire de cet organe.

Le point important à connaître, c'est de savoir combien dure la détente de l'œil et si l'opération a vraiment un effet curatif définitif. Les statistiques seules pourront fournir la démonstration demandée.

(1) La publication de cette dernière partie du compte rendu des travaux du Congrès de Londres s'est trouvée ajournée par suite de circonstances tout à fait accidentelles.

M. Argyll Robertson pratique depuis six ans la trépanation de la cornée dans les cas où l'iridectomie est impuissante. Il se sert pour cela d'une tréphine spéciale. La portion de sclérotique enlevée donne lieu à un tissu nouveau qui se transforme parfois en staphylome et constitue une soupape de sûreté.

M. Samelsohn : Il est presque impossible avec le couteau de pénétrer dans le canal de Fontana en pratiquant la sclérotomie. Ce n'est donc pas ainsi qu'elle agit.

M. Knapp ne croit pas que la sclérotomie soit entièrement inoffensive. Il appelle l'attention sur ce fait que le glaucome chronique est souvent stationnaire.

M. Gosowski a pratiqué, il y a deux ans, une sclérotomie pour un cas de glaucome simple ; la guérison s'est maintenue. Deux cas de glaucome hémorragique ont été guéris par le même traitement.

L'auteur est opposé à tout enclavement de l'iris, il faut l'éviter autant que possible. Il se sert pour l'opération d'un sclérotome spécial.

M. de Wecker proteste contre les conclusions que M. Schœler a tirées de ses expériences. On sait par la découverte de Ulrich que le courant nutritif passe, non entre le cristallin et l'iris, mais bien à travers la base de cette membrane, pour arriver aux zones de filtration péricornéennes.

Toutes les fois que, suivant les belles recherches de Weber et Knies, ces voies sont bouchées par l'accollement de l'iris à la périphérie de la cornée, la filtration est arrêtée. Or, cet accollement se produit toujours à la suite des opérations pratiquées chez les animaux, chez les lapins en particulier. C'est ce qui empêche chez eux la filtration de se produire.

M. Wolker (Liverpool). L'auteur rapporte le glaucome à une tension continuelle du corps ciliaire par le surmenage du muscle ciliaire dans les yeux hypermétropes. Il en résulte une inflammation du corps ciliaire et une rétention de liquide dans l'œil par l'occlusion des espaces lymphatiques dans le ligament pectiné.

M. Pagenstscher. — *Une nouvelle opération pour la cure du ptosis.*

L'auteur introduit une forte suture au-dessus de l'arc sourcilier, et la fait sortir au bord de la paupière, de manière à obtenir une suture sous-cutanée. Cette opération a pour but d'établir une sorte de tendon artificiel qui permet aux fibres musculaires du frontal d'agir sur la paupière supérieure.

M. G. Martin (Bordeaux). — *Perfectionnement du galvano-cautère et ses applications en chirurgie oculaire.*

Les cautères doivent être allumés à l'aide d'une pile secondaire avec rhéostat de Trouvé ; la pointe de platine est aussi limitée que possible. Grâce à ce perfectionnement, M. Martin a pu employer le fer rouge : pour ponctionner la sclérotique dans quelques cas de staphylomes antérieurs ; dans un cas de décollement de la rétine, où l'on obtient non seulement l'écoulement du liquide, mais une irritation capable de provoquer l'adhérence de la rétine ; pour cautériser l'intérieur des palpébraux. L'auteur espère même pouvoir arriver à pratiquer ainsi des iridectomies.

M. de Wecker a, dans ces derniers temps, traité le décollement de la rétine par le galvano-cautère, dans le double but d'éviter des hémorragies et d'obtenir une ouverture qui livre passage pendant quelque temps au liquide sous-rétinien.

M. Van Duyse (Gand). — *Relation entre le kyste séreux congénital de l'orbite avec microphthalmos et le coloboma de l'œil.* (Voir Annales d'oculistique, 1881.)

M. Stevens (New-York). — *De l'irritation réflexe oculo-névritique.*

Cette communication a trait particulièrement à l'influence de l'irritation qui dérive d'un épuisement des nerfs préposés aux mouvements oculaires dans le développement de certaines affections nerveuses.

M. Dufour (Lausanne). — *Transplantation des muqueuses sur la conjonctive.*

L'orateur a pratiqué quatre opérations de ce genre. Deux fois, il s'est servi de la conjonctive des lapins, deux fois de la muqueuse buccale du sujet lui-même. Une muqueuse toute grise et mortifiée en apparence peut encore prendre pied. Les résultats obtenus ont été satisfaisants.

H. Parinaud.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des névroses, par MM. A. Axenfeld et H. Huchard. — 1 vol. in-8. — Paris, 1882. — Germer-Baillière et Cie.

L'apparition de la première édition du *Traité des névroses* d'Akenfeld, en 1863, prit alors les proportions d'un véritable événement scientifique. C'était, en effet, l'une des premières tentatives de systématisation à la fois scientifique et clinique de ces nombreux états morbides qui n'avaient d'autre lien commun que leur dénomination, et parmi lesquels on rangeait indistinctement toutes les maladies nerveuses dans lesquelles l'anatomie pathologique n'avait pas encore révélé de lésion d'organe.

Rien n'était moins aisé que cette systématisation, la classe toute entière des névroses étant fondée sur une conception négative qui n'avait même rien d'absolu, puisqu'elle a été ébranlée maintes fois depuis par les progrès de l'histologie pathologique. La clinique demeurait donc la seule base d'opérations, et si elle mettait souvent à profit la physiologie pathologique, elle ne pouvait arriver qu'à constituer des groupes symptomatiques dont les similaires étaient classés sous forme d'unités abstraites, désignées chacune par un nom conventionnel ; mais ce nom lui-même ou la définition de la maladie laissaient ordinairement de côté la véritable *nature des choses*, car si nous savons à peu près ce que ne sont pas les névroses, à coup sûr nous ignorons encore aujourd'hui ce qu'elles sont en réalité.

Axenfeld s'appuya donc presque exclusivement sur la clinique ; il étudia séparément les névroses de la sensibilité, de la motilité, et les névroses mixtes intéressant à la fois ces deux fonctions ; et s'il ne parvint pas à faire connaître mieux qu'auparavant le *pourquoi* des névroses, il éclaira au moins, dans un grand nombre de cas, leur *comment*, en déterminant le mode suivant lequel leurs symptômes s'enchaînent, se commandent ou se subordonnent.

Mais, depuis vingt ans, la pathologie nerveuse a fait de réels progrès ; le livre d'Axenfeld n'était plus au courant de la science. Aussi quand le regretté professeur vit que la maladie ne lui permettait plus de faire une seconde édition de son œuvre, il confia à l'un de ses disciples les plus éminents, M. le docteur Henri Huchard, le grand et périlleux honneur de la revision et de la continuation de son *Traité des névroses*. M. Huchard s'est acquitté de sa tâche avec un rare bonheur : le livre qu'il présente aujourd'hui au public médical n'est pas, à proprement parler, une seconde édition ; l'auteur a respecté partout le texte d'Axenfeld ; mais, par suite des progrès incessants de la science, des chapitres nouveaux dont la rédaction

s'imposait, des grands développements que d'autres sujets ont dû recevoir, il a donné au livre une extension considérable en ajoutant 700 pages aux 520 pages d'Axenfeld, si bien que l'on peut dire qu'il a placé à côté du livre de son maître une œuvre personnelle et nouvelle qui, sans contredit, ne lui cède en rien sous le double rapport de la conception et de l'exécution.

L'ouvrage actuel comprend la description des névroses appartenant anx trois catégories, sensibilité, motilité, névroses mixtes. M. Huchard pense qu'il serait jnste d'ajonter une quatrième classe, les névroses motrices, mais il se borne actuellement à passer en revue les troubles vaso-moteurs qui peuvent survenir dans les névroses des trois premiers chefs.

Les névroses de la sensibilité comportent deux grandes divisions : les hypéresthésies et les anesthésies.

Les hyperesthésies se subdivisent elles-mêmes en :

1° Hyp. des nerfs sensitifs de la vie de relation, ou *névralgies*. MM. Axenfeld et Huchard décrivent les névralgies faciale, cervico-occipitale, cervico-brachiale, intercostale, lombo-abdominale, fémorale, sciatique, et l'hyperesthésie des nerfs musculaires ou myosalgie.

2° Hyp. des nerfs sensoriaux.

3° Hyp. des nerfs sensitifs de la vie organique ou viscéralgies; névralgies des voies digestives, circulatoires, respiratoires, génito-urinaires.

4° Hyp. dont le siège anatomique n'est pas précisément connu : migraine, irritation spinale, anthralgie, angine de poitrine.

Les anesthésies peuvent être classées comme les hyperesthésies, mais l'étude particulière des espèces morbides est beaucoup moins approfondie, et peu d'entre elles sont bien nettement connues.

Les névroses de la motilité comprennent les hypercinésies et les acinésies.

Les hypercinésies, habituellement désignées par les mots de convulsions, contractures et spasmes, sont envisagées successivement dans les muscles de la vie organiqne et dans ceux de la vie de relation : le nom de spasme est plus particulièrement réservé aux premières qui renferment les spasmes du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, de l'anus, des canaux biliaires, de la glotte, des bronches, de la vessie, de l'urèthre, les palpitations du cœur, etc.; tandis que les seconds admettent presque autant de contractures et de convulsions qu'il y a de muscles ou de groupes musculaires.

Les acinésies ou névroses paralytiques sont aussi nombreuses que les muscles : elles appartiennent aussi aux muscles de la vie de relation et de la vie organique.

Viennent maintenant les névroses mixtes ou complexes, auxquelles on serait tenté, avec MM. Axenfeld et Huchard, de donner le nom de névroses centrales par opposition aux précédentes, qui mériteraient le nom de névroses périphériques; mais, comme le font justement remarquer les auteurs, cette distinction séduisante est difficile à soutenir en présence de ce fait qu'une affection des centres nerveux peut, dans certains cas, ne donner lieu à des phénomènes appréciables qu'à la périphérie du corps.

Ces névroses mixtes, caractérisées par des désordres plus ou moins nombreux et simultanés de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, sont remarquables par la grande extension de leurs symptômes. Quelques-uns de ceux-ci ayant parfois nne importance prédominante, les doctrinaires les ont souvent rangées dans l'une des classes précédentes; MM. Axenfeld et Huchard préfèrent les placer dans un cadre distinct, en les envisageant comme l'expression d'une perturbation profonde et générale du système nerveux, sans préjuger ni de leur nature, ni de la subordination toujours discutable de leurs symptômes. Le nervosisme, la chorée, la catalepsie, l'hystérie, le tétanos, l'épilepsie, sont les individualités dominantes de ce groupe.

Parmi les chapitres qui ont été ajoutés par M. Huchard, je citerai la pathogénie des anesthésies, la névralgie diaphragmatique, les tremblements en général, la maladie de Parkinson, les paralysies d'origine viscérale et périphérique, le nervosisme chronique ou neurosthénie.

D'autres chapitres ont été complètement remaniés, entre autres les névralgies, la migraine, l'angine de poitrine, le vertige, les spasmes fonctionnels, les contractures, la chorée, l'hystérie et l'épilepsie.

L'histoire de l'hystérie a été plus particulièrement refondue; tout ce qui est relatif à l'hystérie viscérale, à ses rapports avec divers états morbides, à ses troubles vaso-moteurs et sécrétoires, à ses troubles intellectuels, etc., se trouve maintenant réuni dans une étude d'ensemble, tandis que jusqu'à présent, depuis les ouvrages classiques mais déjà trop anciens de Briquet, de H. Landouzy, les auteurs qui ont décrit l'hystérie n'ont presque toujours en en vue que des points pour ainsi dire isolés de son histoire.

Je ne ferai guère d'exception que pour la très remarquable description du Traité de pathologie interne de M. le professeur Jaccoud et pour les travaux magistraux de M. Charcot; encore ces derniers n'ont-ils point encore été coordonnés dans un tout univoque. En d'autres termes, l'article ***Hystérie*** du Traité des névroses est peut-être la monographie la plus complète que nous possédions actuellement snr cette maladie; je n'hésite même pas à la placer au-dessus des articles connus des compendiums allemands et anglais.

Le chapitre de l'hypnotisme, du somnambulisme et de la léthargie m'a seul paru un peu écourté, en face des travaux si nombreux que cette question a soulevés dans les derniers temps; il n'eût pas été inutile, ce me semble, d'exposer un peu plus longuement les faits au moins extraordinaires dont la relation a occupé à plusieurs reprises l'Académie des sciences et la Société de Biologie. Mais M. Huchard est allé au-devant de cette critique, en formulant dans sa préface l'idée bien arrêtée de ne signaler que les acquisitions les plus sérieuses et les plus indiscutables, sans s'arrêter aux faits dont la preuve n'est pas donnée et dont l'utilité pratique est contestable.

Evidemment, à ce point de vue, on ne saurait trop le louer d'être resté strictement sur la voie scientifiquement tracée par M. Charcot dans ses recherches sur l'hypnotisation et l'hyperexcitabilité nervo-musculaire; mais, dans un Traité de cette ampleur, il eût été peut-être profitable que M. Huchard discutât avec son grand sens critique quelques-uns de ces faits étranges, ne fût-ce que pour éclairer ceux qui seraient tentés de les admettre sans réserve.

La thérapeutique des névroses et de l'hystérie en particulier a été, pour M. Huchard, l'objet d'une étude toute spéciale et vraiment approfondie. Après avoir indiqué le traitement dit moral, l'usage des moyens pharmaceutiques généraux, le traitement isolé des accidents de l'hystérie, il envisage l'action physiologique et pathologique des agents excitateurs de la sen-

sibilité et de la motilité, agents dits esthésiogènes qui comprennent trois procédés thérapeutiques : la métallothérapie, l'électricité, l'hydrothérapie. Le traitement de chacune des névroses est exposé, sinon avec la même étendue, du moins avec le même soin, et toutes ces expositions se distinguent par le caractère éminemment pratique des indications et des moyens de les remplir.

Dans l'analyse d'un ouvrage de cette importance, qui résume une partie aussi étendue de la pathologie nerveuse, il n'est guère possible de donner que des vues d'ensemble sur la portée générale de l'œuvre; aussi, est-ce à regret que je ne puis entrer dans les détails et dois-je me borner à signaler encore deux chapitres fort intéressants, à savoir : les paralysies d'origine viscérale et périphérique et la neurasthénie.

M. Huchard réunit sous ce dernier nom un groupe symptomatologique où l'appareil cérébro-spinal, les organes des sens, la circulation, la respiration, la digestion, peuvent manifester des troubles isolés ou bien conjugués, fixes ou erratiques, qui aboutissent, après une marche souvent bizarre, au marasme nerveux qu'avait individualisé autrefois R. Whytt. Suivant la prévalence de tel ou tel trouble morbide, les auteurs avaient essayé de séparer de ce groupe des sortes d'entités comme la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber, la maladie cérébro-gastrique de Leven, l'hyperesthésie générale de Monneret, la névralgie générale de Valleix; mais M. Huchard s'est beaucoup plus rapproché de la clinique en synthétisant ces diverses prédominences dans un cadre qui les unifie sans leur enlever pourtant leur caractère d'expressions symptomatiques particulières.

Enfin, j'ajouterai que le Traité des névroses forme, au point de vue bibliographique, un des recueils les plus complets que nous possédions. En tête de chaque chapitre se trouvent réunies les indications bibliographiques des principaux ouvrages et mémoires qui ont trait au sujet de ce chapitre. M. Huchard y rend pleinement justice à notre pays, si souvent oublié ou fronméconnu dans l'histoire de la science; si celle-ci n'a pas de tières et si sa patrie est partout où l'on travaille et où l'on pense, il n'en est pas moins vrai que la neuropathologie a vu le jour en France et que ce sont les travaux français qui ont encore élargi son champ en clinique et fondé les hases de sa physiologie.

ALBERT ROBIN.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

HÔPITAL NECKER. — M. Bouilly, suppléant le professeur Trélat, commencera ses leçons cliniques le mardi 8 août et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Besnard du Temple, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de six ans, chef des travaux chimiques.

***

RAPPORTS SANITAIRES. — Afin qu'il soit possible de prescrire en temps utile les mesures hygiéniques nécessaires pour empêcher ou arrêter le développement des épidémies qui pourraient se produire dans l'armée, le ministre de la guerre a décidé :

1° Que les médecins-majors des corps de troupe établiront un rapport indiquant les causes présumées de l'épidémie et les mesures hygiéniques qu'il y aurait lien de prendre, à titre préventif, pour améliorer l'état sanitaire des troupes;

2° Que pendant la durée de l'épidémie ils adresseront au ministre, tous les cinq jours, un rapport sur la marche de l'épidémie. En cas d'insuffisance des mesures prescrites, ils feront connaître celles dont l'application leur paraîtrait devoir être prise à titre complémentaire.

Ces rapports seront revêtus du visa, et, s'il y a lieu, de l'avis motivé des chefs de corps, et transmis d'urgence au ministère avec telles propositions qui seront jugées convenables.

***

HÔPITAUX DE POITIERS. — Un concours pour deux places d'internes en médecine à l'Hôtel-Dieu de Poitiers s'ouvrira le 20 juillet prochain. Les candidats peuvent adresser leur demande d'inscription, juqu'au 18 inclusivement, au Secrétariat de l'Ecole de médecine.

***

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — A la suite de la troisième épreuve ont seuls été admis à subir les épreuves définitives : MM. Tapret, Barth, Letulle, Renaut, Hirtz (Edgard), de Beurmann, Chauffard et Dreyfous.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Ont été désignés, pour suppléer dans les hôpitaux de Paris MM. les professeurs de clinique médicale et chirurgicale, pendant les vacances, MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu : M. Richelot suppléera M. le professeur Richet; M. Joffroy suppléera M. le professeur Germain Sée.

Charité : M. Berger suppléera M. le professeur Gosselin; M. Landouzy suppléera M. le professeur Hardy.

Pitié : M. Terrillon suppléera M. le professeur Verneuil; M. Lancereaux suppléera M. le professeur Lasègue.

Necker : M. Bouilly suppléera M. le professeur Trélat; M. X... suppléera M. le professeur Potain.

Saint-Louis : M. Hallopeau suppléera M. le professeur Fournier.

Enfants-Assistés : M. Guéniot suppléera M. le professeur Parrot.

Salpêtrière : M. Joffroy suppléera M. le professeur Charcot.

Clinique d'accouchements : M. Charpentier suppléera M. le professeur Depaul.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Ont été nommés au concours chefs de clinique médicale : MM. Dallidet et Cayla; chefs de clinique chirurgicale : MM. Chevalier et Courtin.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Lucien Jays a été nommé préparateur de physique médicale en remplacement de M. Dugat, démissionnaire.

***

CLINICAT DES MALADIES MENTALES. — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Vallon comme chef de clinique titulaire, et de M. Rueff comme chef de clinique adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882.

1. M. Doze. De la régénération du tissu musculaire strié. — 2. M. Marnac. Essai sur la taille hypogastrique. Contribution à l'étude des rapports de la paroi antérieure de la vessie. — 3. M. Courbassieu. Application thérapeutique du Jaborandi. — 4. M. Comte. Valeur relative des signes physiques et des signes fonctionnels les plus importants dans le diagnostic clinique des lésions cardiaques. — 5. M. Ricateau. Quelques observations d'anus vulvaire. — 6. M. Moreau. De l'ictère chronique. — 7. M. Baumès. Contribution à l'étude des maladies du cœur. Recherches sur l'exploration de la sensibilité locale des régions précordiale et périostique dans les maladies du cœur gauche. — 8. M. Morsly. Contribution à l'étude de l'impaludisme dans ses rapports avec le traumatisme. — 9. M. Cousin. Étude clinique sur les tumeurs du testicule. Indications et contre-indications de la castration. — 10. M. Sanssol. Étude clinique sur l'empbysème généralisé, non traumatique, consécutif à la déchirure de quelques vésicules pulmonaires. — 11. M. Sabatier. Des températures générale et locale dans les maladies du cœur. — 12. M. Bolliet. Contribution à l'histoire des pansements antiseptiques et du pansement ouatophéniqué. — 13. M. Roux. Contribution à l'étude des ictères graves. — 14. M. Duchateau. Considérations sur l'hydrocèle. — 15. M. Delord. Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée. — 16. M. Combescure. Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine périphérique. — 17. M. Strœbel. Recherches sur l'écorce de québracho. — 18. M. Savornin. Contribution à l'étude de la cirrhose vulgaire. — 19. M. Bidon. Contribution à l'étude pathogénique et séméiotique de la dilatation du cœur droit.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 20 JUILLET AU JEUDI 26 JUILLET 1882.

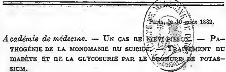
Fièvre typhoïde 37. — Variole 15. — Rougeole 16. — Scarlatine 8. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 28. — Dysenterie 1. — Erysipèle 11. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 51. — Phthisie pulmonaire 177. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 64 — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 18. — Pneumonie 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 68. — au sein et mixte 21. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 87. — de l'appareil circulatoire 54. — de l'appareil respiratoire 66. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 50. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 986 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.



Paris, le 10 août 1882.

Académie de médecine. — UN CAS DE NŒVI PILEUX. — PATHOGÉNIE DE LA MONOMANIE DU SUICIDE. — TRAITEMENT DU DIABÈTE ET DE LA GLYCOSURIE PAR LE BROMURE DE POTASSIUM.

Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine a décidé qu'elle ne se réunirait pas mardi prochain, jour de fête concordataire. C'était là une résolution tout à fait en dehors des habitudes de l'Académie. Ce qui n'a pas été moins extraordinaire, ça été de voir une jeune fille enjamber la tribune pour dévoiler aux regards ébahis de l'assistance les diverses parties de son corps parsemé de taches pigmentaires aux poils longs et drus. Les membres du bureau, par un excès de bonne intention, avaient voulu rendre l'Académie témoin d'un phénomène plus curieux qu'instructif, comme s'est plû à le reconnaître le présentateur, M. Hardy. Il s'agissait d'un exemple de *nœvi* pileux généralisés, chez une jeune fille dont la mère présente une tache semblable, unique, à l'avant-bras. Peut-être Nabuchodonosor, roi de Babylone, était-il affecté de cette curieuse dermatose pendant les sept années qu'il resta changé en bête et condamné à vivre avec les fauves dans les forêts de l'Assyrie. M. Hardy n'a pas pensé à nous renseigner sur ce point. Mais il a rappelé, avec beaucoup d'à-propos, qu'à une époque moins lointaine, la présence d'un vaste *nœvus* pileux sur le ventre d'une jeune épouée fut invoquée comme motif de divorce par le mari effrayé, qui obtint gain de cause; c'était du temps du premier Empire. En voyant le sujet de la présentation de mardi exposer avec tant de désinvolture sa nudité aux investigations de la science, sur la tribune même de l'Académie, on se reportait volontiers de quelques années plus avant, pour se représenter le temple de la rue des Saints-Pères servant à une exhibition de la déesse Raison.

— Une très intéressante communication de M. A. Voisin nous a ramené aux choses de la science. M. Voisin est venu raconter des faits qui démontrent que souvent la monomanie du suicide est provoquée et entretenue par une douleur violente et rebelle siégeant en un point déterminé du crâne. Voilà qui découle de l'observation clinique, et la physiologie est parfaitement à même de nous fournir l'explication de ce rapport. Faisant appel aux découvertes récentes qui nous ont éclairés sur le siège et les relations des centres psychiques et des centres moteurs de l'écorce grise, le savant médecin de la Salpêtrière a fait voir combien il est naturel d'admettre que les centres psycho-sensitifs retentissent sur les centres psycho-moteurs pour transformer des sensations douloureuses en actes impulsifs. L'argumentation de M. Voisin, quoique roulant un sujet d'un intérêt secondaire pour la grande masse des médecins, a été développé avec une clarté et une finesse d'analyse qui ont captivé un moment l'attention de l'Académie.

— L'idée d'appliquer le bromure de potassium au traitement du diabète n'est pas nouvelle. Elle a été mise en pratique une première fois, en 1866, par Begbie, qui attribua un cas de guérison de diabète à l'emploi de ce médicament. Les nombreux insuccès publiés depuis lors avaient jeté cette médication dans un discrédit complet. M. Felizet a essayé de la réhabiliter devant l'Académie, et il a invoqué une série de cas où le bromure de potassium a été administré avec le meilleur succès à des sujets qui rendaient du sucre par les urines. Mais il est le premier à déclarer qu'on ne saurait voir dans ce médicament quelque chose comme un spécifique. C'est là une précaution inutile. La multiplicité des médications proposées contre le diabète est une preuve suffisante de leur impuissance, généralement reconnue aujourd'hui. Est-ce à dire que si le diabète est incurable, il en est de même des glycosuries de nature variée qu'on a coutume de confondre avec le diabète ? Non, sans doute, et il appartient aux observateurs de l'avenir de nous renseigner sur les causes, les caractères cliniques des diverses glycosuries, sur les indications spéciales qu'elles comportent suivant leur nature propre. C'est ainsi que l'a compris M. Worms dans un travail récent sur une forme de glycosurie justiciable du sulfate de quinine.

E. R.

CLINIQUE MÉDICALE

RELEVÉ CLINIQUE du service de M. le docteur LANCEREAUX. — Hôpital de la Pitié (année 1881). — Par M. OCTAVE GUELLIOT, interne du service.

Suite. — Voir le numéro 31.

3. ERYSIPÈLE DE LA FACE.

Nous en avons eu 14 cas dans le service, dont 5 dans les mois de juin et juillet ; leur plus grande fréquence a donc coïncidé avec celle de la pneumonie. Leur évolution a été normale et leur durée moyenne de un septenaire.

Parmi ces 14 observations, nous citerons : 1o Un érysipèle cataménial, revenu en juin, août et octobre, c'est-à-dire tous les deux mois ; 2° un érysipèle à forme grave chez un jeune homme de 20 ans, entré à la Pitié le 22 juillet, au quatrièm :

jour de sa maladie. Cet homme a eu du délire, une diarrhée abondante et la température est montée à 40o, 8. L'indication pressante étant d'abaisser la température, M. Lancereaux lui fit donner des bains froids. La fièvre tomba régulièrement au huitième jour ; 3o Un érysipèle mortel chez un homme de cinquante-neuf ans. Ici la maladie a procédé en deux temps ; au huitième jour, il se produit une amélioration sensible, puis il se fait une nouvelle poussée, les poumons se prennent ; le malade tombe dans le coma et meurt au quatorzième jour. A l'autopsie, on constate de la congestion pulmonaire et une bronchite généralisée et intense.

A côté de l'érysipèle de la face, nous signalons les *amygdalites aiguës* qui s'en rapprochent par l'intensité des phénomènes généraux et la marche de la température. Nous nous contenterons de cette simple mention, aucune de ces angines tonsillaires n'ayant présenté de phénomènes anormaux.

4. Fièvres typhoïdes.

Nous arrivons à une maladie plus intéressante et qui tient une place autrement importante dans notre relevé. Il ne s'est peut-être pas passé de jour sans qu'il y ait dans les salles deux ou trois typhiques à différentes périodes de leur maladie ; mais, par moments, ils y sont arrivés par série, et le tableau suivant indique leur total mensuel :

Janvier	7
Février	6
Mars	5
Avril	5
Mai	2
Juin	4
Juillet	2
Août	13
Septembre	5
Octobre	3
Novembre	2
Décembre	6

Soit, en tout, 60. (H. 38 ; F. 22.)

Ainsi, assez nombreuses au début de l'année, les fièvres typhoïdes diminuent peu à peu dans les mois suivants ; puis elles reparaissent brusquement au mois d'août ; mais cet augment n'est que passager. Espacées en automne, elles deviennent un peu plus nombreuses au mois de décembre. En somme, il y a deux *maxima* : l'un, assez long, correspondant aux mois d'hiver ; l'autre, plus considérable, mais de courte durée, au mois d'août. A côté des variations de fréquence, il y a les variations d'*intensité*. Les dothiénentéries avaient été graves l'année précédente ; elles le sont encore au commencement de l'année 1881 : plusieurs de celles du mois d'août sont également mortelles ; celles qui viennent ensuite sont presque toutes courtes et bénignes.

La durée de la maladie n'est, en effet, pas toujours la même, et la comparaison des courbes thermométriques est, à ce point de vue, pleine d'instruction. Un premier fait qui ressort de cet examen, c'est la coïncidence presque constante de la chute de la température avec la fin d'un septenaire ; le plus souvent, c'est après le troisième, c'est-à-dire du vingt et unième ou vingt-deuxième jour, que se fait cette défervescence ; mais, à côté de ces courbes classiques, il en est d'autres où la marche de la température est un peu différente.

Dans une première catégorie, on peut ranger les fièvres typhoïdes *abrégées* : trois fois, la fièvre est tombée du huitième au neuvième jour, bien que le patient ait présenté des signes certains qui ne permettaient pas de soupçonner une erreur de diagnostic ; six fois, c'est au quinzième jour que la chute s'est produite, sans qu'il soit possible de trouver une cause plausible de cette bénignité anormale : y a-t-il là une question de *dose* ou de *qualité* de l'agent miasmatique ? Toujours est-il que les formes abrégées se sont montrées surtout après les deux maxima que nous avons signalés tout à l'heure. Ajoutons que nous n'avons pas trouvé de relation entre la durée ou la gravité de la fièvre et l'étendue de l'éruption cutanée : plusieurs de nos malades n'ont eu que quelques taches rosées, mais chez deux l'éruption s'est étendue à presque toute la surface du corps.

La deuxième catégorie comprend les fièvres *prolongées*, c'est-à-dire durant plus de trois septenaires. Nous en avons deux cas très nets. Dans l'un, c'est un puisatier, âgé de vingt-cinq ans, dont la température ne tombe que du vingt-huitième au vingt-neuvième jour ; dans l'autre, il s'agit d'une femme de vingt ans qui a présenté les symptômes suivants : 8e jour, taches rosées ; 10e, bronchite ; 18e, albuminurie ; 20e, la température, qui avait été jusque-là supérieure à 39o, descend à 38o4 ; elle ne redevient normale qu'au 29e jour ; l'albumine disparaît le 31e. Dans ces deux faits, la durée de la maladie a été exactement de quatre semaines.

Les formes graves, les cas mortels, ont atteint surtout des individus affaiblis ou surmenés, et, presque toujours, il a été possible de trouver la cause de cette gravité exceptionnelle : mauvaises conditions hygiéniques, défaut d'acclimatement, travail forcé, etc. Parmi les professions, il en est qui semblent avoir une influence fâcheuse sur la marche de la maladie : c'est ainsi qu'un mécanicien et un raffineur, qui tous deux passaient la plus grande partie de leur journée dans des salles à température extrêmement élevée, ont eu des fièvres graves ; l'un d'eux a fait une pneumonie au 18e jour. Dans l'observation suivante, la malade était affaiblie par un accouchement récent et *sept purgations* successives administrées par une sage-femme.

7. R... (Antoinette), vingt-huit ans, entrée le 4 mars, salle Sainte-Geneviève, no 23. Santé habituellement bonne ; à Paris depuis un an. Accouchement le 17 février : dans les huit jours qui suivent, sept purgatifs sont administrés. Le 27, petits frissons ; le 1er mars, grand frisson avec claquement de dents, fièvre intense. Depuis, il y a chaque jour un frisson entre onze heures et deux heures de l'après-midi, puis une transpiration abondante. Cephalalgie, langue sale et humide, un peu de bronchite. S'agit-il d'une phlébite des veines utéro-ovariennes consécutive à l'accouchement ? 7 mars, constipation depuis trois jours ; fièvre assez forte : 39o4 et 40o ; surdité. Sulfate de quinine, 0,75 centigr. Du 9 au 12 mars, vomissements répétés, persistance de la constipation ; l'état général est plus mauvais ; la température vespérale est à 40o ou 40o2. Le 12, apparaissent des *taches rosées* qui viennent affirmer un diagnostic jusque-là hésitant. La température baisse un peu à la fin de la troisième semaine, mais reste supérieure à 38o. Le 24 mars, frisson violent (température pendant le frisson, 36o7 ; 2 heures après, 39o2), oppression ; le lendemain, pouls réguher, très dicrote ; souffle doux au premier temps du cœur et dédoublement au second temps ; le 26, il ne reste que le souffle systolique qui lui-même disparait bientôt. La malade commence à manger le 1er avril. La convalescence est prolongée par deux attaques successives de coliques hépatiques. Exéat le 18 mai.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Du passage de la substance cérébrale dans l'appareil circulatoire du fœtus dans les accouchements artificiels, par le docteur Paolo Negri (1).

Le 30 mars 1882, on reçoit, à l'hôpital de Milan, une femme d'aspect rachitique, d'une taille de 1 mètre 33, et en travail depuis le jour précédent. Le 29 mars au soir, au moment de la rupture des membranes, cette femme s'était aperçue que quelque chose sortait des voies génitales; ce quelque chose était une main du fœtus.

Dans la nuit, un médecin de la ville appelé diagnostiqua une présentation transversale et tenta deux fois la version sans résultat, soit avec la main droite, soit avec la main gauche.

Un deuxième médecin appelé tenta à son tour, en présence de son collègue, deux fois la version sans aboutir. La malade est alors envoyée à l'hôpital.

Au moment de son admission, la malade est très épuisée, le pouls est petit, fréquent, la température élevée : 38,3. L'abdomen, distendu par la tumeur utérine, est douloureux à la plus légère pression sur toute la face antérieure ; la percussion dénote la présence de gaz intestinaux.

Des parties génitales externes légèrement œdématiées pend l'avant-bras gauche ; le pouce de la main regarde en avant et la cuisse gauche. C'est une présentation dorso-postérieure du plan latéral gauche. L'épaule n'est pas engagée au détroit supérieur ; en arrière du membre procident qui est tuméfié, bleuâtre, dont l'épiderme se détache, on voit une anse du cordon qui ne présente aucune pulsation.

Par le toucher on arrive facilement sur l'angle sacro-vertébral ; le diam.-promonto sous-pubien mesure 84 millimètres On a donc affaire à un rétrécissement de 72 à 74 mill.

La dilatation de l'orifice est de 5 à 6 cent. C'est la quatrième grossesse de cette femme. La première, arrivée à terme, nécessita une laborieuse opération d'embryotomie ; pendant cinq mois la malade garda le lit; la deuxième et la troisième furent interrompues dans le courant du huitième mois par la méthode de Krause.

On est donc en présence d'une multipare en travail, d'un fœtus putréfié, en présentation de l'épaule gauche dorso-postérieure, avec un bassin rachitique, plat (diam.: 72m. à 74m.), et, circonstance aggravante, quatre tentatives vigoureuses et inutiles de version ont déjà été tentées.

En cet état, il fut décidé :

1° Refaire autant que possible les forces de la malade par les excitants diffusibles et la chaleur ;

2° Tenter une autre fois la version, la malade soumise au chloroforme.

3° Cette tentative étant sans résultat, recourir promptement à l'embryotomie.

La première indication fut remplie avec le vin de Marsala, des linges chauds. La patiente fut ensuite chloroformée avec grande prudence. Cela fait, on la plaça sur le côté droit, et la main gauche de l'accoucheur fut introduite dans les parties génitales, en avant du membre procident.

(1) Annali d'ostetricia, 1882.

La main pénétra sans difficulté dans la cavité utérine et saisit en haut et à droite le pied gauche, qui est ramené dans le vagin ; l'extraction fut plus difficile par suite de la lenteur dans l'évolution du fœtus, conséquence probable de ce que le pied correspondant au plan latéral avait été abaissé, et ensuite par suite du degré de putréfaction qui donnait une prise infidèle sur le membre saisi. En effet, au moment où le siège s'engageait au détroit supérieur, un craquement indiquait une fracture du membre qui se détacha ensuite complètement. Le membre droit fut alors saisi et l'extraction complète s'acheva suivant les règles ordinaires sans trop de peine.

Immédiatement après l'accouchement, la température axillaire s'éleva à 39°,2. On avait dû suspendre, du reste, le chloroforme pendant les manœuvres de l'accouchement, par suite d'une menace de syncope, conjurée par une injection souscutanée de 2 gr. d'éther sulfurique.

Malgré tous les soins, la malade succomba le troisième jour des couches. L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, montre l'utérus volumineux, mou, distendu par des gaz. La face antérieure et supérieure du viscère est de couleur noirbleuâtre. Les anses intestinales sont distendues par des gaz, et le péritoine n'offre aucune lésion, mais présente sur la face postérieure de l'utérus, au niveau de l'insertion du ligament large gauche et sur le fond de l'utérus, deux déchirures de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2.

Le bassin est plat; le diamètre promonto-pubien mesure 75 millimètres avec les parties molles ; en les déduisant, on a, pour l'espace utile, 72 millimètres.

Quant au fœtus, il est du sexe féminin, peu développé ; P = 2,300 grammes ; longueur = 48c,5. Le membre inférieur gauche est détaché, non au niveau de l'épiphyse ou de l'articulation, mais par suite d'une fracture d'une portion du pubis de la moitié gauche du bassin fœtal. La tête est complètement aplatie et présente une dépression profonde au niveau de la suture fronto-pariétale gauche. La substance cérébrale du fœtus s'est fait issue à travers la fontanelle fronto-pariétotemporale gauche et forme au-dessous de la joue gauche une tumeur fluctuante. Une collection semblable se rencontre à la face antérieure du cou et en arrière du corps thyroïde et simule un goître.

Les poumons ne renferment pas trace d'air.

Le cœur fœtal est détaché, après avoir lié soigneusement tous les vaisseaux qui s'y rendent ou en partent.

Le cœur comme viscère ne présente rien à noter. Dans l'oreillette et le ventricule gauche, un peu de sang liquide qui n'offre rien de particulier. Dans l'oreillette droite, au contraire, qui est légèrement dilatée, se trouve du sang liquide mélangé à de nombreuses parcelles, molles, blanchâtres, de volume variable, depuis un grain de millet à un grain de blé. A l'œil nu, cela rappelle la couleur de la substance cérébrale du fœtus. L'examen microscopique en est pratiqué.

Une gouttelette de ce sang, étendue d'une goutte de solution de chlorure sodique (0,75 0/0) est examinée au microscope. On reconnaît facilement entre les globules des cellules nerveuses parfaitement conservées et nettement développées. Si on examine au microscope une parcelle de la substance en suspension dans le sang, on découvre dans cette substance blanchâtre, granuleuse, des vaisseaux très déliés remplis de sang, se subdivisant en branches nombreuses et offrant tous les caractères des capillaires.

Les préparations furent examinées par le professeur Chiara

et le docteur Mangiagali et permirent de constater d'une façon absolue la présence de la substance cérébrale dans le cœur du fœtus.

La forte compression de la tête au moment de son passage au détroit supérieur détermina l'écrasement de la boîte crânienne; une partie du contenu se fit jour à l'extérieur, une autre pénétra dans la circulation fœtale par la voie des Sinus veineux et par suite arriva jusqu'à l'oreillette droite du cœur.

On sait que Ruge a fait connaître trois cas semblables (*Zeichrift für Geb.*, 1879). Cet auteur, prévoyant les objections qui pouvaient être faites, avait eu soin de constater la présence des capillaires dans la substance examinée.

MARIUS REY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1882. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — DE LA RÉGÉNÉRATION DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES PAR LE PROCÉDÉ DE LA SUTURE TUBULAIRE. — Note de M. C. VALAIR, présentée par M. VULPIAN.

En 1881, M. Gluck avait conçu l'ingénieuse idée d'utiliser, dans ses expériences de neuroplastie, les drains d'osséine imaginés par Neuber; mais il n'est arrivé qu'à des résultats négatifs. Cet échec s'expliquait difficilement, car les tubes d'os décalcifié présentent, à première vue, un ensemble presque idéal de conditions favorables à la reproduction des nerfs. Il y avait donc lieu de tenter de nouveaux essais en écartant, autant que possible, les circonstances accidentelles qui avaient pu compromettre le succès des premières opérations. Ces recherches, je les ai entreprises dans le courant de l'année dernière, et, plus heureux que le chirurgien de Berlin, je suis parvenu du premier coup à obtenir, après un délai de quatre mois, la régénération d'un funicule nerveux ne mesurant pas moins de 0m,05. J'ai même acquis la conviction que l'on pourrait arriver à produire, par ce procédé, des segments nerveux dont la longueur n'aurait d'autres limites que celles du membre lui-même.

Ces recherches m'ont fourni, en outre, l'occasion d'étudier de près le processus de la régénération des nerfs périphériques. J'ai pu m'assurer d'abord que l'on devait considérer comme définitivement établi le principe du *bourgeonnement centrifuge*, tel qu'il ressort des travaux d'Eichhorst, de Ranvier et de Hehn. Mais, à côté de cette donnée fondamentale, j'ai pu recueillir un certain nombre de faits intéressants qui ont passé jusqu'à présent inaperçus ou n'ont pas reçu l'interprétation qu'ils comportaient. Voici quelques-uns de ces résultats :

1o Une restauration partielle de l'activité musculaire, corrélative à une régénération anatomique des fibres nerveuses, peut être obtenue longtemps *avant* le retour de la sensibilité cutanée;

2o La prolifération des fibres nerveuses commence, dans le segment central, à plus de 0m,015 au-dessus du point de section;

3o La *multiplication* s'opère toujours, en premier lieu, dans la *zone marginale* des névricules du bout central et n'atteint que très tardivement les faisceaux axiles du névricule; d'où cette conclusion, que la cause efficiente de la prolifération ne réside pas dans l'irritation directe des fibres résultant de la section même, dans l'inflammation qui s'empare de l'épineurium, à la suite de traumatisme;

4o Les cylindraxes nés de fibres marginales accomplissent à travers la gaine lamelleuse du névricule un véritable *exode*; ils forment bientôt autour d'elle une couche mince et discontinue, qui se transforme rapidement en un *manchon* épais et interrompu. Ce manchon lui-même ne tarde pas à s'incorporer au névricule par le fait de la disparition progressive de la gaine lamelleuse;

5o La *maturation* des fibres et des faisceaux de formation nouvelle s'effectue *de la périphérie vers le centre*. La moitié inférieure du segment intercalaire se rapproche, en effet, beaucoup plus du type normal que la moitié supérieure. La plupart des *fibres* y sont pourvues d'une gaine médullaire; les *fascicules* y sont plus volumineux et plus distincts, et leur mode de lobulation, ainsi que la qualité de leur tissu endoneurial, leur donne une apparence presque physiologique; enfin, ces fascicules s'y groupent en un petit nombre de gros *faisceaux* (*névricules de nouvelle formation*), qui s'enveloppent chacun d'une gaine propre, et entre lesquels vient s'interposer, comme dans les nerfs normaux, un tissu connectif lâche, chargé de cellules adipeuses;

6o Les rapports entre le segment intermédiaire et le bout périphérique sont les suivants :

Il peut arriver d'abord qu'un faisceau, constitué déjà à l'état de névricule distinct dans la partie inférieure du segment intercalaire, traversé le renflement inférieur, puis en émerge, sous forme d'un *nerf tout à fait indépendant*, pour aller se ramifier dans la masse musculaire voisine. D'autres faisceaux plus petits vont longer les névricules dissociés du bout périphérique, sans pénétrer dans leur intérieur, en sorte que sur une coupe on aperçoit deux *circonscriptions* distinctes : l'une constituée par des névricules jeunes, vivants, presque microscopiques, en communication directe avec ceux du segment intermédiaire; l'autre, composée de névricules plus volumineux, appartenant exclusivement au bout périphérique, et dont toutes les anciennes fibres sont dégénérées. Une autre partie encore des fibres du nerf intermédiaire se disséminent et *se perdent* dans le tissu fibro-élastique du renflement inférieur.

Enfin, une portion *restreinte* des fibres nouvelles s'insinue dans les névricules anciens tombés en dégénération et s'enfonce soit dans les gaines de Schwann, soit plutôt dans les interstices des fibres anciennes, pour se propager jusqu'à une certaine distance au-dessous du point de la section.

Le bout périphérique ne sert donc de conducteur qu'à un très petit nombre de fibres; pour le reste, il constitue un véritable obstacle à la progression régulière des éléments nouveaux. De là ce précepte, tout à fait en opposition avec la pratique habituelle des chirurgiens, qu'il convient de laisser entre les segments trop distants pour être affleurés un très grand intervalle, afin de retarder le plus possible la collision du nerf intermédiaire avec le bout périphérique. Il faudrait naturellement alors prévenir l'oblitération de l'espace qui sépare les deux segments par l'interposition d'un tube de Neuber.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA CONTRACTILITÉ DE L'UTÉRUS SOUS L'INFLUENCE DES EXCITATIONS DIRECTES. — Note de M. J. DEMBO, présentée par M. VULPIAN (1).

Une des questions de physiologie à propos desquelles les auteurs ont émis des opinions divergentes, est celle qui concerne l'influence de l'électricité, galvanique ou faradique, sur l'utérus, soit gravide, soit à l'état de vacuité. Cela me semble tenir à ce que, jusqu'à présent, on n'a pas fait d'expériences précises sur les animaux, pour étudier les contractions utérines, dues aux excitations électriques portées directement sur l'utérus, ou faites à travers la paroi abdominale (2). Il m'a donc paru intéressant d'entreprendre, au

(1) Travail du laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine de Paris.

(2) Rœhrig, Oser et Schlesinger, Frankenhæuser et Scherschewsky, etc., ont étudié seulement les centres nerveux, les nerfs moteurs et les ganglions nerveux de l'utérus.

laboratoire de M. Vulpian, sur le conseil de M. Bochefontaine, une série d'expériences sur cette question.

Je laisse pour le moment de côté tout ce qui est relatif à l'utérus gravide, ne possédant pas encore sur ce point un nombre suffisant de faits expérimentaux, pour ne parler que des résultats obtenus sur la matrice des animaux à l'état de vacuité.

Les expériences ont été faites sur des lapines à différents âges, sur des chiennes et des chattes. L'appareil dont je me suis servi est celui de Siemens et Halske, à bobine fine, no 3 (R : 1,206), activé par deux piles de Gaiffe, au bioxyde de manganèse et chlorure de zinc. Après l'anesthésie de l'animal par le chloral, ou après curarisation, l'utérus était mis à découvert. Voici les résultats que j'ai obtenus et qui ont été mis sous les yeux de M. Vulpian :

A. *Chez les lapines.*

1. La faradisation directe de chacun des utérus, on, comme on dit aussi, de chacune des cornes utérines, provoque une contraction au niveau du point excité, qui s'étend 20-25mm, mais non à toute la corne électrisée. Jamais les contractions ne sont transmises à l'autre corne.

2. En mettant une électrode sur la corne droite et l'autre sur la corne gauche, on fait contracter les deux cornes utérines, non pas dans leur totalité, mais au niveau des pôles et jusqu'à une petite distance des points directement excités.

3. Si l'excitation directe de l'une ou l'autre corne, ou même des deux utérus, ne peut déterminer qu'une contraction limitée de chacune de ces parties, il n'en est pas ainsi quand on porte l'électrisation sur le vagin. En effet, quand on électrise la face inférieure, vésicale, du vagin, les deux électrodes étant placées au milieu de cette paroi, on provoque la contraction la plus manifeste de deux utérus à la fois. Cette contraction est vermiculaire et se propage de bas en haut, c'est-à-dire du vagin vers l'extrémité supérieure des cornes.

Quand on excite les parties latérales de cette paroi inférieure, la gauche ou la droite, on ne provoque des contractions que dans l'utérus correspondant.

4. Au contraire, dans les mêmes conditions expérimentales, l'excitation portée sur la face supérieure, rectale, du vagin, ne provoque que des contractions vaginales, qui, du reste, sont aussi énergiques que celles provoquées par l'électrisation de la paroi inférieure.

5. En excitant certains points des ligaments larges, on obtient des contractions des parties correspondantes de l'utérus : il n'y a jamais de contractions de l'utérus tout entier.

6. Par la faradisation à travers la paroi du ventre, il n'a pas été possible d'obtenir de contraction de l'utérus non gravide.

7. Le courant minimum avec lequel on peut provoquer des contractions de l'utérus à nu est celui que donne notre appareil, lorsque la bobine inductrice et la bobine induite sont distantes l'une de l'autre de 0m,15 à 0m,20.

En général, l'excitabilité de l'utérus chez les lapins varie selon leur âge et selon que l'utérus est vierge ou non. L'utérus d'une très jeune lapine est tellement excitable que, lorsqu'il est exposé à l'air, il a des contractions spontanées, qui empêchent les expériences, tandis que l'utérus des lapines vieilles qui ont déjà porté est beaucoup moins excitable, comme l'ont vu du reste déjà Oser et Schlesinger dans leurs expériences.

8. Après quelques excitations faradiques portées directement sur l'utérus, on obtient, au lieu de la pâleur déterminée par chaque excitation, une dilatation des petits vaisseaux de l'organe, lequel perd en partie son excitabilité.

B. *Chez les chiennes et les chattes.*

Sur certains sujets, les différentes excitations faradiques des cornes utérines n'ont jamais déterminé la moindre contraction de cet organe, à l'état de vacuité ; sur d'autres, on obtient de très légères contractions utérines avec pâleur considérable, résultant de la contraction des vaisseaux. L'électrisation de la paroi inférieure vésicale du vagin a déterminé la pâleur de ce conduit et celle de l'utérus et des cornes utérines, mais il a été impossible de constater une contraction évidente de ces organes.

L'excitation du plexus aortique, d'après les recherches de Frankenhæuser, provoque la contraction manifeste des deux cornes utérines à la fois. Il est vraisemblable qu'un appareil nerveux de ce genre se trouve entrelacé dans la paroi vésicale du vagin.

Ces faits étaient importants à connaître avant de poursuivre de nouvelles recherches sur la contractilité de l'utérus gravide.

A propos de la différence d'excitabilité de l'utérus selon l'espèce, il est intéressant de noter que c'est précisément chez les lapines, dont la fécondité est bien connue, que l'excitabilité utérine est également remarquable.

Peut-être existe-t-il une relation physiologique entre la fécondité et l'excitation utérine ?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret approuvant l'élection de M. Gariel comme membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales en remplacement de M. Briquet.

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de candidature de M. Potain, qui se présente dans la section de médecine ;

2o Des lettres de remerciements de MM. Th. Anger, Belugou, Badal, Duponchel, Vincent, Liénard, lauréats de l'Académie ;

3o Une lettre de M. le docteur E. Vincent (de Guéret), qui rappelle sa candidature à la place de membre correspondant.

— M. JULES GUÉRIN présente : 1o une note manuscrite de M. Marquez (d'Hyères), sur la *valeur des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire* : 2o de la part de M. le docteur Larbes (de Cauterets), un pli cacheté (accepté).

M. GUÉNIOT présente une note relative à l'allaitement artificiel, par M. le docteur Giberton-Dubreuil (de Jouy-en-Josas).

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente, de la part de M. Hart, rédacteur en chef du BRITISH MEDICAL JOURNAL, qui sollicite le titre de correspondant étranger de l'Académie, divers travaux, entre autres un mémoire intitulé : *Influence du lait sur la propagation des maladies zymotiques.*

— LE SIÈGE CÉRÉBRAL DU SUICIDE ET DES IMPULSIONS HOMICIDES. — M. VOISIN lit un mémoire dans lequel il s'attache à établir que les idées de suicide chez les aliénés sont dues à des *troubles fonctionnels* et à des *lésions* qui siègent dans les parties les plus internes des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales, et que, de plus, les impulsions dangereuses au suicide, à l'homicide, aux actes violents, ont leur origine dans ces circonvolutions.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1o Les considérations dans lesquelles je suis entré au sujet de l'idée de suicide sont, en somme, en concordance avec l'opinion qui a cours aujourd'hui sur la réunion dans les mêmes circonvolutions des centres psychiques et moteurs ;

2o La rapidité des actes impulsifs est encore une preuve de la relation intime qui lie la pensée à des manifestations extérieures et inconscientes, et du siège dans une même partie de l'écorce cérébrale de centres psychiques et de centres moteurs, et il semble que la soudaineté des actes impulsifs s'explique par la transmission

à des cellules motrices, par l'intermédiaire des fibres nerveuses du reticulum, de l'irritation des cellules sensitives psychiques avoisinantes;

3o La clinique et l'anatomie pathologique se sont rencontrées dans un certain nombre de cas, pour m'autoriser à localiser l'idée de suicide et l'impulsion au suicide dans un territoire de l'écorce cérébrale correspondant à la région bregmatique, et situé dans la partie la plus interne des circonvolutions frontales ascendantes des première et deuxième circonvolutions pariétales, c'est-à-dire dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux. (Comm. : MM. Vulpian, Blanche et Luys.)

M. Gavarret présente, au nom de MM. de Wecker et Masselon, un nouveau astigmomètre.

L'instrument, exécuté par M. Crétès, se résume essentiellement en une figure carrée, en métal ou en carton noirci. Celle-ci offre sur son bord un liséré blanc de 1 c. 1[1]2, et son centre est percé d'un trou (A, fig. 1). On se propose d'étudier comment le cadre blanc de ce carré vient se réfléchir sur la cornée, dont l'inégalité

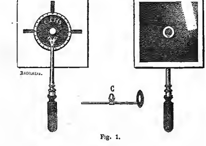


Fig. 1.

de courbure est la cause presque unique de l'astigmatisme. Ce carré peut exécuter sur son manche un mouvement de rotation que mesure un cadre placé derrière l'instrument (B, fig. 1.)

Le patient, tournant le dos à la lumière, l'astigmomètre bien éclairé est tenu verticalement, de façon que son plan soit parallèle à celui de la face du sujet. En outre il faut veiller à ce que l'œil observé se trouve vis-à-vis du trou central qu'il doit fixer. En procédant ainsi, on observe dans un cas normal que le bord blanc du carré vient se peindre sur la cornée suivant un carré *exact*, dont l'étendue est moindre que le tiers du diamètre de la cornée, lorsque l'on tient l'instrument à la distance habituelle de 0m,20 environ.

Les dimensions de l'image réfléchie étant variables suivant le rayon cornéen, il en résultera, ainsi que M. Javal l'a aussi fait observer dans la description de son ophthalmomètre, que le carré se réfléchira sur la cornée, dans un cas d'astigmatisme régulier, sous la forme d'un rectangle, mais à condition toutefois que les côtés du carré de l'instrument correspondent aux méridiens principaux, autrement on aurait un losange. On tournera alors la figure carrée jusqu'à ce que les angles deviennent droits, de manière que l'image se montre exactement rectangulaire. On lira à ce moment sur le cercle divisé la direction des méridiens principaux. Ceux-ci connus, reste à apprécier, d'après le degré d'aplatissement du rectangle, le nombre de dioptries que mesure l'astigmatisme. C'est ce que permet de faire une petite échelle jointe à l'instrument, et qui, tenue au voisinage de l'œil, montre par comparaison, d'une façon très exacte pour la pratique ordinaire, à combien de dioptries s'élève l'astigmatisme. La figure 2, qui représente cette échelle, est la reproduction en grandeur des reflets cornéens que fournissent l'œil normal et les yeux astigmates.

Le degré de l'astigmatisme et les méridiens principaux ainsi déterminés en un instant, il suffit de placer dans la monture d'essai un cylindre égal, convexe à *axe perpendiculaire* au grand côté du rectangle dans le cas d'*hypermétropie*, convexe à *axe parallèle* dans le cas de *myopie*, et à déterminer la réfraction sphérique s'il y a lieu.

Cette méthode objective pour la correction de l'astigmatisme rend de précieux services, particulièrement chez les opérés de cataracte et chez les enfants trop jeunes pour donner des renseignements exacts. Enfin, elle peut être aussi très avantageusement appliquée dans les conseils de revision, à cause de l'extrême simplicité de son emploi et des rapides résultats qu'elle fournit, toute tentative de simulation étant ainsi écartée.

Dans les formes d'astigmatisme irrégulier, surtout lorsque celui-ci est disséminé sur la cornée, on conçoit que la figure carrée doit donner une image plus ou moins irrégulière, les côtés cessant d'être rectilignes et montrant une forme sinueuse ou brisée par places. Pour grossir l'image et bien se rendre compte des défauts qui caractérisent l'astigmatisme irrégulier, il sera utile d'adjoindre à l'instrument la tige mobile munie d'une loupe qui l'accompagne ; cette tige étant terminée par une petite plaque percée destinée à reposer sur les parties voisines de l'œil, de façon à donner de la fixité à l'appareil (C, fig. 1).

Dans de nombreux cas, en dépit de l'irrégularité de l'astigmatisme, il arrivera qu'en faisant tourner la figure carrée de l'instrument, on trouvera une position où l'image présentera deux côtés parallèles, et, à défaut du rectangle de l'astimagtisme régulier, on obtiendra du moins une image trapézoïde dont le degré d'aplatissément servira d'indice pour l'emploi d'un cylindre qui rendra souvent une acuité inespérée.

A propos de l'astigmatisme irrégulier, observons que le kératome donne naturellement lieu à une image rapetissée, à cause de l'accroissement de courbure du sommet de la cornée. Les quatre côtés de l'image se montrent sensiblement égaux, mais offrent une incurvation à convexité tournée vers le centre, signe caractéristique de ce genre de déformation de la cornée.

Fig. 2.

Il n'y a donc, en général, aucune application possible des verres cylindriques.

— M. Hardy présente une jeune fille atteinte de nævi très nombreux et très étendus, particulièrement sur le dos et le devant des cuisses. Ces nævi brunâtres et couverts de poils donnent à la peau un aspect tigré.

— M. Gavarret annonce la mort de M. Pidoux et invite M. Dujardin-Beaumetz à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de cet académicien regretté.

M. Dujardin-Beaumetz donne lecture de ce discours.

— M. Bouchardat insiste d'abord sur les caractères communs au lait de femme et au lait d'ânesse.

De tous les laits examinés, ce sont les plus alcalins. Le lait de vache est souvent acide à Paris, ce qui doit tenir à l'abus que l'on y fait de la drêche pour alimenter les vaches laitières. Le lait de chèvre est encore un peu plus franchement acide. Cette acidité détermine chez les jeunes enfants des diarrhées alimentaires qui deviennent promptement fatales et conduisent à l'atrepsie.

Le lait d'ânesse varie très peu, quelle que soit l'alimentation, et c'est là un grand avantage.

Les glandes mammaires de la femme et de l'ânesse se laissent facilement traverser par des produits d'excrétion, tels que l'urée, qu'on ne trouve qu'en quantité beaucoup moindre dans le lait des autres animaux. M. Bouchardat croit d'ailleurs que c'est à l'isolement qu'on doit attribuer en partie les beaux résultats obtenus à

la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. Il insiste pour que cet isolement devienne le plus complet possible par rapport à tous les enfants atteints de rougeole et de diphthérie.

Dans cette nourricerie, ajoute-il, on n'a employé le lait d'ânesse que sur des enfants de moins de six mois. C'est la période de la vie où il est le plus incontestablement préférable aux laits, plus crémeux et plus forts, de vache eu de chèvre; peut-être, plus tard, le lait de chèvre vaudrait-il mieux, car le lait de femme devient plus riche en graisse dans les derniers mois du nourrissage et s'éloigne par conséquent, à ce point de vue, du lait d'ânesse.

Mais c'est à l'expérience à prononcer.

—De la guérison de la glycosurie et du diabète par le bromure de potassium.—M. Felizet dit que sa communication a pour base des recherches commencées il y a six ans sur la glycosurie et le diabète sucré, et quinze observations soigneusement suivies. Dans ces quinze cas de diabète, il n'a pas prescrit le régime alimentaire classique, pain de gluten, etc , étant d'avis que la maladie consiste non pas dans la présence du sucre dans l'urine, mais dans le désordre de l'organisme qui produit du sucre en excès. Ayant eu à soigner un diabétique qui ne se préoccupait plus de son diabète, mais venait le consulter pour divers accidents nerveux, M. Felizet vit le diabète se calmer, en même temps que ces accidents, sous l'influence du bromure de potassium donné à la dose de 4 gr. par jour. Il eut alors l'idée d'employer le même remède contre le diabète provoqué chez des lapins par une piqûre du plancher du quatrième ventricule, suivant le procédé de Claude Bernard. Chez eux aussi, le bromure de potassium, à la dose de 20 centigr. en injection intra-veineuse, faisait disparaître le sucre dans l'urine. En conséquence, M. Felizet traite actuellement les diabétiques par le bromure de potassium.

Il a toujours insisté, d'ailleurs, sur la nécessité de l'exercice musculaire. La gymnastique, et surtout l'escrime, avec ses grands développements de force, lui ont paru supérieures sans comparaison à tout autre travail.

L'usage des alcalins et, suivant les indications de l'état général, le fer, l'arsenic et le quinquina, font généralement partie du traitement.

— Sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences, par M. Polaillon, à l'occasion d'une observation de M. Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 août 1882. — Présidence de M. Guéniot.

M. Polaillon lit une observation d'abcès du cerveau évacué par le trépan.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, malade depuis vingt jours et entré à la Pitié le 18 avril dernier; il souffrait d'une céphalalgie intense avec tuméfaction de la région pariétale, affection pour laquelle il était soigné par un médecin de Saint-Mandé, qui avait diagnostiqué une méningo-encéphalite. Le médecin, ayant reconnu de la fluctuation au niveau de la tuméfaction pariétale, fit une incision qui donna issue à une petite quantité de pus; le stylet introduit dans la plaie arrivait sur un os dénudé et pénétrait dans le crâne à quatre centimètres de profondeur. Le bras gauche était légèrement paralysé et la parole embarrassée. C'est dans cet état que le malade arriva à la Pitié, et l'on put bientôt constater qu'il avait une hémiplégie faciale gauche complète, une paralysie du mouvement du côté gauche du corps avec conservation de la sensibilité.

L'on constatait en outre dans le fond de la plaie une scissure du pariétal, et l'on apprit que le malade avait reçu quelques temps auparavant un coup à ce niveau.

Le 23 avril, le malade tombe dans un demi coma, il y a des phénomènes de compression évidents. On appliqua une couronne de trépan; il ne s'écoula rien, et la dure-mère ne semblant pas soulevée, on ne fit pas d'incision. Ce n'est que trois jours après que l'on vit du pus sortir par l'ouverture, et ce pus venant de plus loin et s'écoulant mal. On appliqua une seconde couronne de trépan, par laquelle s'écoula environ 60 grammes de pus. Par cette ouverture le stylet pénétra à environ cinq centimètres dans la substance cérébrale. Un drain fut placé et l'on fit des lavages à la solution phéniquée au 1/20

Le malade quitta l'hôpital quelques jours après, emmené par sa famille, et il mourut le 5 mai. L'autopsie n'a pu être faite.

M. Le Dentu lit un rapport sur une série d'observations de syphilis congénitale tardive, envoyées par le docteur Ortega, de Buenos-Ayres. Il s'agit de plusieurs enfants d'une même famille. Le plus jeune a été pris au troisième jour de sa naissance d'un érysipèle de l'ombilic, qui laissa à sa suite des nodosités, des tubercules cuivrés; il eut du coryza, de la roséole, des plaques muqueuses à l'anus et des fissures aux lèvres. Le petit malade guérit avec la liqueur de van Swieten. Quelques temps après la petite sœur tombe malade; elle a des douleurs dans les tibias, qui sont le siège de gonflement, les dents présentent le caractère signalé par Hutchinson. Guérison par l'iodure de potassium. Puis un frère âgé de 12 ans, qui n'a jamais été malade auparavant, est atteint d'une kératite interstitielle double, avec opacité complète des deux cornées, malgré le traitement rationnel employé (atropine, eau chaude, onguent napolitain). En outre il présente un gonflement des deux genous. Sous l'influence de l'iodure de potassium, tous ces accidents ont rapidement disparu.

Enfin, un enfant de huit ans aurait eu, à l'âge de trois ans, un coryza chronique suppuré, avec élimination de petits séquestres, et chez lui les dents ont aussi le caractère des dents d'Hutchinson.

Un cinquième enfant n'a jamais rien eu. La mère a fait deux fausses couches de trois et quatre mois; mais chez elle, pas plus que chez le père, on n'a pu découvrir des signes certains de syphilis. Le père seulement aurait eu, quelque temps avant la naissance de son dernier enfant, des symptômes de tubercules pulmonaires qui auraient été assez vite guéris.

On a vu des cas de syphilis congénitale apparaissant très tardivement; néanmoins M. Le Dentu fait de grandes réserves sur la syphilis de ces enfants; le premier seul semble avoir eu vraiment la syphilis; quant aux autres, malgré le succès du traitement spécifique, on peut rester dans le doute.

M. Després partage l'avis du rapporteur, et pour lui la syphilis des derniers enfants est loin d'être une chose certaine.

M. Magitot proteste contre la valeur que l'on attribue aux dents de Hutchinson; ce signe appartient surtout aux maladies convulsives de l'enfance, et, tout en pouvant coïncider avec la syphilis, ce n'est point un caractère exclusif de cette affection.

M. Verneuil pense que le plus jeune enfant a eu une syphilis acquise. Comment? Cela est souvent difficile à démontrer, car on peut parfois à peine distinguer la syphilis congénitale de la syphilis acquise. Ainsi M. Verneuil a eu dans son service un enfant de dix-sept mois atteint d'une gourme ulcérée au niveau du tibia. Le père avait eu la syphilis longtemps avant son mariage; mais l'enfant avait été envoyé en nourrice où il avait été très malade; peut-être avait-il contracté la syphilis en nourrice.

M. Després partage l'avis de M. Magitot sur les altérations des dents. De plus, il pense que les maladies graves de la première enfance, entre un et sept ans, ont une influence sur la production ultérieure de tumeurs gourmeuses.

M. Verneuil admet que des maladies comme la variole, la scar-

latine, puissent donner lieu à des accidents tardifs spéciaux, mais ces maladies ne peuvent pas engendrer des gourmes syphilitiques. Les accidents syphilitiques ne naissent que de la syphilis.

— M. Farabeuf lit un travail sur l'*historique de la ligature de l'artère linguale*. D'après son travail, il résulte que Ch. Bell serait l'auteur du procédé ancien, tandis que Pirogoff est l'inventeur du procédé nouveau de cette ligature.

— M. Reclus lit un travail sur *le traitement des anévrysmes artério-veineux par la méthode sanglante.*

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1882.—Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Ramollissement cérébral. — M. Dheilly communique une observation de cécité et surdité verbales, sans aucune lésion de la circonvolution de Broca, chez une fille de 24 ans atteinte de tuberculose des poumons et de l'appareil urinaire. Cette malade perdit subitement la parole au moment de son entrée à l'hôpital, répondant seulement à toutes les questions qui lui étaient faites par *oui* ou *parce que* La motilité et la sensibilité générale et spéciale étaient restées à peu près normales. Trois semaines après les premiers accidents, cette fille mourait dans le marasme, produit par la tuberculose.

A l'autopsie on constata un ramollissement du lobule pariétal du pli courbe et d'une partie de la première circonvolution, ramollissement limité à l'écorce grise. Les centres moteurs étaient intacts, les centres sensitifs étaient seuls atteints. La quatrième branche de l'artère sylvienne était oblitérée par un caillot.

Angine ulcéreuse. — M. Gouguenheim entretient quelques instants la Société d'un fait de guérison de tuberculose miliaire subaiguë du pharynx par un moyen très simple et très rapide. Il s'agit d'une femme enceinte qui, au début de sa grossesse, aurait contracté une angine, laquelle fut traitée successivement en ville et à l'hôpital. Lors du premier examen de M. Gouguenheim, elle présentait une ulcération étendue à la fois sur le bord libre du voile du palais et sur la luette, laquelle était de plus très hypertrophiée et pendait dans l'arrière-gorge. Il y avait en un mot une angine ulcéreuse véritable, extrêmement douloureuse et d'un pronostic grave.

M. Gouguenheim, en outre d'une médication interne, imagina de traiter l'ulcération du pharynx par l'iodoforme, et en très peu de temps les surfaces ulcéreuses furent rapidement modifiées, et la malade guérit promptement. La luette avait été amputée; l'étude histologique qu'en a été faite a démontré qu'elle était envahie par des granulations tuberculeuses. Cette femme allait très bien lorsque, sous l'influence d'un petit écart de régime, elle eût une récidive : tuméfaction blanche du pilier antérieur, induration puis ulcération. Le même traitement par l'iodoforme fut appliqué et couronné promptement d'un plein succès. La tuberculose était localisée à ce niveau.

M. Zuber a étudié l'iodoforme d'une façon toute spéciale au Val de Grâce, au point de vue de la chirurgie d'armée et sous toutes ses formes (poudre, crayon, glycérolé, etc). Pour lui, l'iodoforme est un excellent antiseptique pour toutes les plaies atoniques, syphilitiques ou autres. Un professeur de Hallé, M. Küssner, le considère aussi comme un anti-tuberculeux par excellence; dans certains cas il l'a fait inhaler et a obtenu des guérisons.

M. Gouguenheim a été frappé de ce fait, à Lourcine, que les ulcères syphilitiques tertiaires n'étaient nullement influencés dans leur marche par cet agent thérapeutique.

Transfusion. — M. Roussel donne communication de nouveaux faits de transfusion opérée dans des circonstances assez différentes. Le premier cas est celui d'une petite fille de 7 ans, chétive, rachialgique, qui, dans le cours d'une rougeole très grave, eût quatre ou cinq épistaxis successives, d'une durée de plusieurs heures. La perte de sang fut si considérable que la mort était devenue imminente au moment où M. Roussel fit une transfusion de 120 grammes de sang. Les résultats en furent très bons et la malade était en pleine convalescence lorsque, à la suite d'un refroidissement causé par l'imprudence des parents, elle contracta une pneumonie double qui l'emporta en 48 heures.

Le second fait se rapporte à un jeune homme de 23 ans qui, dans le cours d'une uréthrite, eût plusieurs hématuries tellement considérables qu'il était devenu complètement exsangue et mourant Après une transfusion de 120 gr. de sang, une amélioration importante se déclarait. Les résultats étaient excellents et tout donnait lieu d'espérer la guérison, lorsque de nouvelles hémorrhagies survinrent. Dans l'une d'elles le malade succomba.

Dans un troisième cas, où un garçon boucher s'était planté involontairement un couteau dans la cuisse, l'artère fémorale avait été lésée. Une hémorrhagie épouvantable avait eu lieu; après que la ligature du vaisseau eut été faite. M. Roussel injecta, cette fois, 190 grammes de sang. Les résultats immédiats furent très bons.

Le mémoire de M. Roussel est renvoyé à une Commission composée de MM. Quinquaud, Hayem et Züber.

Chylurie. — M. Ferrand a montré, il y a six semaines environ, un jeune nègre, âgé de quinze ans, originaire du Zanzibar, atteint d'une affection très rare dans nos contrées, la chylurie. Toujours bien portant jusqu'au 15 août 1881, il était pris tout à coup, à cette date, d'une entérite avec selles sanguinolentes. Deux ou trois jours après, il urinait du sang. C'est alors qu'il fut amené à Laënnec. Les urines, laiteuses, de couleur chair, contenaient de véritables caillots sanguins. Liquides au moment de la mixtion, elles se prenaient peu à peu en masse au fond du vase, affectant une coloration blanc-rosé. En même temps, le malade éprouvait, pour tous phénomènes, de la faiblesse et une fatigue extrême. Pendant les semaines qui suivirent, les urines devinrent de plus en plus lactescentes jusqu'à ressembler à du chyle. Les choses allèrent ainsi du 15 août au 25 décembre.

Mais, à cette époque, quelques accidents fébriles s'étant déclarés ainsi qu'un peu d'embarras gastrique, les troubles urinaires disparurent complètement, et l'urine redevint normale.

Pendant tout le cours de la crise, leur examen avait démontré la présence d'une quantité considérable de graisse en émulsion parfaite, d'un millième environ d'albumine, d'une quantité notable de fibrine et de sept millièmes de matières organiques. Au microscope, on trouvait des globules sanguins, des leucocytes, des granulations graisseuses, pulvérulentes et un parasite spécial.

Le malade paraissait donc à peu près rétabli, lorsque les phénomènes d'hématurie chyleuse reparurent avec les mêmes caractères et la même évolution que lors de la première crise. Actuellement, le malade est guéri, et les urines sont redevenues normales.

M. Damaschino complète l'observation de M. Ferrand par quelques détails sur la nature du parasite, véritable filaire, dont la présence avait été constamment signalée dans les urines pendant les crises d'août 1881 et avril 1882. Il appelle surtout l'attention sur ce fait que cette filaire ne se rencontrait jamais, dans le sang du malade, que la nuit et à partir de neuf heures et demie ou dix heures du soir, pour disparaître avec le jour.

Une discussion s'engage à ce propos, discussion à laquelle prennent successivement part MM. Robin, Damaschino et Ferrand.

M Robin insiste tout particulièrement sur la nécessité de distinguer l'hémato-chylurie des pays chauds caractérisée par la présence du parasite en question et la chylurie de France, par exemple, dans laquelle ledit parasite fait complètement défaut.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 31 mai au 3 juin 1882, sous la présidence de M. VON LANGENBECK.

Suite — Voir le numéro 31.

— M. GLÜCK a rapporté comme « un exemple de guérison de pyémie » l'observation d'une femme qui, à la suite d'une trépanation de l'apophyse mastoïde, avait été prise de frissons avec dyspnée, endolorissement de l'hypocondre droit, ictère, tuméfaction péri-articulaire colossale des deux genoux avec épanchement séro-purulent dans l'article, et qui guérit par la médication salicylée. Au commencement, elle prenait 10 grammes de salicylate de soude par jour (et des doses assez fortes de morphine pour calmer les douleurs). Un soulagement considérable se manifesta déjà après la première prise de salicylate; chaque fois qu'on suspendait la médication, une exacerbation s'en suivait. Dans l'espace de trois mois, cette femme prit en tout 400 grammes de salicylate de soude. Elle quitta l'hôpital entièrement guérie.

— HELFERICH (Munich) a eu recours à « une transplantation de tissu musculaire chez un homme » auquel il fallut enlever la moitié supérieure du biceps pour une tumeur implantée dans cette région. Le fragment de muscle transplanté fut emprunté à un chien et fixé en place au moyen de sutures en catgut, au nombre de six à l'extrémité supérieure, de trente-six à l'extrémité inférieure. Au dernier jour, quand on renouvela le pansement, un petit fragment de muscle nécrosé, de même longueur que le fragment transplanté mais représentant tout au plus la huitième partie de la masse de celui-ci, s'élimina. Sa guérison marcha ensuite sans incident. Trois mois après l'opération, les fonctions du bras s'exécutaient presque normalement. L'auteur veut bien douter que le fragment transplanté prenne une part active aux contractions du biceps.

M. LANGE (New-York) a fait la même tentative avec autant de succès.

— M. SHEDE (Hambourg) a mis sous les yeux des assistants des aiguilles en acier doré, de 3 1/2 centimètres de longueur, de 2 millimètres d'épaisseur, qu'il utilise avec avantage dans les cas de pseudarthrose. Ces aiguilles sont enfoncées dans la partie ramollie de l'os, au nombre de dix à douze, sans que le patient accuse de la douleur, et on applique par-dessus un pansement antiseptique. On remplace les aiguilles au bout de quinze jours environ. Ce procédé, inoffensif et d'une grande commodité, a réussi jusqu'ici dans tous les cas.

— M. SCHÜLLER fait une communication sur « les artropathies syphilitiques.» Dans les cas de syphilis acquise, à la période secondaire, ces artropathies se présentent sous forme d'inflammations séreuses coïncidant avec des syphilides cutanées, avec ou sans fièvre. A une période plus tardive, l'inflammation séreuse peut revêtir le caractère aigu, subaigu ou chronique. Dans ce dernier cas, la synoviale est le siége de proliférations papillaires, les cartilages sont ulcérés et les os entamés par la carie. Ces mêmes lésions se rencontrent dans les cas de gommes articulaires, ou encore lorsque l'artropathie est consécutive à une périostite, à une ostéite ou à une ostéomyélite syphilitique des os longs de voisinage.

Dans les cas de syphilis héréditaire, on rencontre des inflammations séreuses subaiguës des articulations, avec tuméfaction de la capsule, foyers de nécrose dans les cartilages, mais sans participation des extrémités osseuses au processus, ou encore, les lésions signalées ci-dessus, provoquées par le voisinage de gommes ou par une périostite ou une ostéite de voisinage. Enfin, l'arthrite peut dépendre d'une inflammation syphilitique des épiphyses ou accompagner celle-ci.

Schüller a présenté des pièces anatomiques à l'appui de sa communication.

— BRAUN (Heidelberg). « De la ligature de la veine fémorale au niveau du ligament de Poupart et de la ligature latérale. » — On a conseillé, dans les cas de blessure de la veine fémorale au niveau du ligament de Poupart, de négliger la ligature du tronc veineux pour lier l'artère fémorale ou l'iliaque interne, et cela en vue de prévenir des troubles circulatoires qui aboutissent à la gangrène. Les chiffres produits par l'auteur démontrent qu'il n'y a nul avantage à procéder ainsi. Braun conclut, en somme, de recourir à la ligature latérale, quand la plaie n'intéresse que dans une petite étendue la paroi veineuse et que celle-ci a conservé toute son élasticité. Dans les cas de blessure considérable, accidentelle ou opératoire, lier les deux bouts de la veine, et si cela ne suffisait pas pour arrêter l'hémorrhagie, procéder à la ligature de l'artère. Recourir à tous les moyens propres à assurer une antisepsie rigoureuse.

— KÜSTER rapporte « deux cas de blessure du crâne par coup de feu avec enclavement du projectile dans la cavité cranienne et guérison, » sans intervention de la part du chirurgien.

M. KRASKE (de Halle) a observé un fait analogue. Il trépana, et donna issue à une petite quantité de substance cérébrale. Le projectile ne fut pas découvert. Le sujet guérit, sans avoir présenté de symptômes cérébraux.

— GLÜCK (Berlin) a entrepris sur le vivant, dans un cas d'otorrhée chronique, avec suppuration intra-méningée, la « résection partielle du rocher et la ligature de la carotide interne; » le patient succomba. Néanmoins l'auteur, se basant sur les recherches qu'il a faites sur le cadavre, croit que la ligature de la carotide interne, dans son trajet intra-canaliculaire, est indiquée dans certains cas, dans ceux d'anévrysme de l'artère cérébrale, par exemple.

— E. HAHN (Berlin) présente trois malades chez lesquels il a pratiqué avec succès la rhinoplastie, et il entre dans les détails de la technique opératoire.

— E. KÜSTER (Berlin) fait savoir que les « deux cas de fractures anciennes du rachis, » dont il a entretenu le Congrès l'année dernière, se sont terminés par la guérison complète. Le traitement a consisté dans la rupture du cal, suivie de l'application d'un appareil plâtré imaginé par Küster. Le sujet de l'une des deux observations a récupéré l'entier usage de ses membres qui étaient restés paralysés à la suite de sa fracture.

— MICHAEL (Hamburg) fait une communication sur les tentatives qu'il a faites pour réaliser « l'occlusion de la trachée, » à la suite des opérations sur la bouche et le larynx et pour prévenir la pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes, de même dans les cas de diphthérie, où le tamponnement du larynx peut encore avoir pour effet d'arrêter l'extension de la diphthérie (?). Dans le cas d'une plaie trachéale, l'auteur conseille d'entourer le canal de tubes à drainages jusqu'à complète oblitération de la trachée. Quand on a affaire à une plaie de petites dimensions, Michael recommande d'employer une éponge cylindrique de 1 à 2 centimètres 1/2 de diamètre, perforée à son centre et liée sur la canule à l'aide d'un fil. après avoir été mouillée. L'éponge est entourée d'un cylindre en or battu imbibé de gutta-percha, qu'on ferme inférieurement avec une ligature. On introduit le tout à travers la plaie trachéale, et, après avoir injecté dans le cylindre une quantité suffisante d'eau, on le lie à sa partie supérieure. L'éponge, en gonflant, oblitère la trachée.

On peut encore introduire dans ce conduit une petite ampoule en caoutchouc, qu'on injecte avec de l'eau ou de la glycérine.

SCHEDE complète la communication précédente en affirmant que, grâce aux efforts de Michaël, on est maintenant à même de se

mettre à l'abri de la pneumonie septique, à la suite de l'extirpation du larynx.

— BRAUN (Heidelberg) fait une communication sur « les tumeurs malignes de la thyroïde ». L'adhérence de la tumeur thyroïdienne aux ganglions dégénérés du voisinage contribue souvent à donner au néoplasme des dimensions considérables, par suite de quoi les gros troncs vasculaires, l'œsophage et la trachée se trouvent plus ou moins englobés dans la tumeur. Sur 25 cas relevés par Braun, on ne compte qu'une seule guérison; 17 fois la mort suivit de près l'opération. 6 fois il y eut récidive.

— RIEDINGER (Würzbourg). La « commotion thoracique », qu'il ne faut pas confondre avec la contusion, ne s'accompagne pas comme cette dernière de lésions matérielles des organes contenus dans le thorax. Dans les cas de commotion, le sujet, immédiatement après la violence traumatique, fait une inspiration profonde suivie d'une expiration saccadée, suspirieuse; sa face pâlit, son front se couvre de sueurs; il peut succomber en quelques instants. Des expériences qu'il a faites sur des animaux, l'auteur en arrive à conclure que la mort, dans les cas de commotion du thorax, est la suite d'un abaissement colossal de la pression intra-vasculaire, due à une excitation directe du nerf vague.

— RIEDINGER « Fractures du sternum. » Les solutions de continuité d'origine traumatique qu'on observe du côté du sternum siégent généralement entre le corps et le poignet de cet os. Pour les uns il s'agirait de fractures; pour les autres, de luxations. Ces divergences reposent en grande partie sur le mode variable de réunion des fragments.

Les recherches anatomo-pathologiques de l'auteur démontrent que le cal est, en pareilles circonstances, cartilagineux. Le plus souvent on y rencontre trois couches distinctes, une couche moyenne de cartilage fibreux, comprise entre deux couches de cartilage hyalin, ce qui parle en faveur d'une fracture préexistante. L'expérimentation a confirmé cette conclusion, en ce sens que lorsqu'une violence traumatique entraîne une solution de continuité à ce niveau du sternum, le cartilage arrache un fragment d'os. Il en fut de même dans un cas de fracture chez un homme, comme l'attestait une préparation placée sous les yeux de l'assistance.

— BLOCK (Dantzig). « Des plaies du cœur et de leur curabilité à l'aide de la suture, avec emploi de l'ischémie artificielle. » Dans les cas de plaies du cœur, la mort est due habituellement à l'épanchement de sang qui se fait dans le péricarde, d'où asphyxie, ou anémie.

La terminaison fatale peut encore être amenée par la destruction des ganglions automoteurs, ou par l'oblitération des artères coronaires. L'auteur a entrepris de démontrer, par des expériences sur des chiens et des lapins, que la suture des plaies du cœur est une opération relativement inoffensive, qui peut être menée à bonne fin dans l'espace de trois minutes. Le cœur, attiré hors de la plaie thoracique, était comprimé au point de ne plus contenir de sang; il en résultait un arrêt du pouls et de la respiration, mais aucun des animaux qui ont servi aux expériences de Block n'a été tué par cette manipulation. On peut encore se borner à tirer sur le cœur, au point que la plaie s'allonge en pointe et ne donne plus issue à du sang. On suture ensuite les lèvres de la plaie. L'auteur a présenté trois animaux vivants qui avaient subi cette opération quelques mois auparavant.

— Le même auteur a fait une communication sur la « résection du poumon et ses indications. » Nous avons déjà parlé de ses recherches expérimentales sur ce point (GAZ. MÉD., numéro 50, p. 705, 1881).

— M MIKULICZ (Vienne) a présenté un instrument de son invention, qui permet d'explorer *de visu*, sur le vivant, le conduit œsophagien et la cavité de l'estomac.

— LAUENSTEIN. « Résection du pylore avec présentation de pièces. » (Voir GAZ. MÉD., 1882, n° 18, p. 230.)

— RYDYGIER (Culm). « Résection du pylore pour cause d'ulcère rond de l'estomac. — Guérison. — Présentation du sujet. » (Ibidem.)

UHDE (Brunswig). « Laparo-colotomie pour l'extraction d'un corps étranger en bois, enclavé dans le colon descendant. » Un détenu, âgé de 25 ans, s'était introduit dans le rectum un instrument en bois qui lui servait à coudre des sacs en toile (1er juin 1881). Cinq jours après, il ressentait de violentes douleurs de ventre au moindre mouvement; à partir de ce moment, il ne pouvait plus atteindre que difficilement le corps étranger, par la palpation. Dans le courant du mois qui suivit, le patient fut pris de fièvre; il avait des selles sanguinolentes, du ténesme. Au mois d'octobre, il était sujet à des frissons répétés, et il éprouvait des douleurs violentes dans le flanc gauche et dans le membre inférieur du même côté. Le 13 avril 1882, plus de dix mois après l'introduction du corps étranger, Uhde pratiqua la laparo-colotomie pour extraire le corps étranger, que la main introduite dans le rectum n'arrivait plus à atteindre. Le corps étranger était enclavé dans le colon descendant, entre la dernière cote et la crête iliaque; il mesurait 23 centimètres en longueur et 9 centimètres de tour à son extrémité la plus épaisse. Son poids était de 48 grammes. Le malade guérit. Uhde, à ce propos, rappelle que la même opération a été pratiquée avec succès par deux autres chirurgiens : Reali (1848) et Studsgaard (1878).

— SCHWALBE (Magdebourg). « Sur la guérison radicale des hernies. » L'auteur rend compte des résultats qu'il a obtenus dans le traitement radical des hernies par les injections sous-cutanées d'alcool. Il mentionne 34 cas de guérison radicale, dont quelques-uns où la hernie remontait à une date déja ancienne (six et sept ans). Cette méthode, qui est d'un emploi sûr et facile, donne en somme des résultats au moins aussi satisfaisants que les procédés sanglants.

— GÜTERBOCK (Berlin). « Guérison d'un kyste échinocoque sous-diaphragmatique. » Le kyste, qui siégeait au-dessous de la moitié droite du diaphragme, s'était ouvert dans le poumon et dans le colon transverse, et, lorsqu'on eut réséqué les côtes inférieures du côté malade, le patient, pendant plusieurs jours, rendit des matières fécaloïdes par la bouche et par la plaie abdominale. La guérison eut lieu néanmoins. Le malade était âgé de 19 ans.

— LANDAU (Berlin). « Traitement opératoire des kystes échinocoques de la cavité abdominale. » L'auteur a l'habitude d'opérer les kystes échinocoques de la cavité abdominale en un seul temps. Toutefois, avant d'inciser le kyste, il le débarrasse de son contenu avec l'aspirateur Dieulafoy. C'est là, selon lui, le seul moyen sûr de prévenir l'écoulement du liquide dans la cavité abdominale. Quand le kyste est vidé en partie, il est attiré au dehors le plus possible et fixé à la paroi abdominale par des points de suture très rapprochés. La plaie est laissée à jour et drainée.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS INTRA-CRANIENS, CONSÉCUTIFS AU TRAUMATISME, par M. le docteur GIRARD MARCHANT, prosecteur de la Faculté de médecine. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1881.

Cette remarquable monographie sert de complément à l'intéressant mémoire publié récemment par l'auteur dans la revue mensuelle sur les déchirures de l'artère méningée moyenne.

Dans le travail qui nous occupe, M. Marchand a élargi son cadre primitif et il étudie successivement les diverses sources des hémorrhagies intracraniennes, le mécanisme de leur pro-

duction, leur classification, leurs symptômes, leur pronostic et leur traitement.

C'est un travail d'ensemble basé sur des études anatomiques et expérimentales solides, et où le lecteur pourra trouver de riches matériaux pour l'étude de la question.

Nous dirons quelques mots sur chacun des chapitres de ce travail.

Dans une première partie, l'auteur s'efforce d'établir d'une manière exacte les connexions des sinus avec les parois du crâne, des études faites avec Quénu l'ont conduit à formuler quelques règles précises à cet égard. Ses recherches, faites de concert avec Feré sur l'artère méningée moyenne, sont reproduites dans leur presque totalité.

L'auteur étudie l'artère au point de vue de son trajet dans chacune de ses branches principales et cherche ensuite à déterminer des points de repère propres à guider le chirurgien dans l'application du trépan ou la recherche du siége précis des hémorragies.

L'étude du mécanisme de la production des épanchements sanguins donne lieu à un chapitre fort intéressant où l'auteur rappelle les expériences qu'il a faites sur le décollement expérimental de la dure-mère, et où il détermine pour chaque source d'hémorragie le siége exact de la collection et la variété. Il classe les hémorragies quant à leur siége en deux groupes : les épanchements péri-dure-mériens comprenant les extra et intra-dure-mériens et les collections en bissac et les épanchements péri-piemériens qui lui donnent l'occasion d'écrire quelques pages intéressantes sur le contre-coup et la contusion centrale, et de discuter la théorie de M. Duret dans les épanchements intra-ventriculaires.

Contrairement à certains auteurs, Marchand croit que le plus souvent l'épanchement survient par des signes précis qui permettent de le reconnaître ; il insiste spécialement sur ce fait que les effets compressifs varient selon le siége de la collection par rapport à la pie-mère.

L'auteur fait une étude très complète de la symptomatologie. Il signale surtout comme symptômes communs l'hémiplégie et le stertor et pense que ces signes n'ont de valeur que par leur association.

Les symptômes propres à chaque variété d'épanchement sont étudiés avec soin.

M. Marchant, dans son chapitre du traitement, discute les indications du trépan et conclut, avec M. Tillaux, à son impuissance soit pour supprimer la cause de la compression, soit même pour l'ablation des esquilles.

Picqué.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. Pidoux (Hermann), ancien médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, ancien inspecteur des Eaux-Bonnes, est décédé jeudi dernier dans sa soixante-quatorzième année. Né en 1808 à Orgelet (Jura), il vint faire ses études médicales à Paris, où il fut reçu docteur en 1835. C'est au début de sa carrière qu'il se lia, avec Trousseau, d'une amitié qui, malgré leur différence de caractère, de talent et de tempérament, ne se démentit jamais, et dont le principal résultat a été un *Traité de thérapeutique et de matière médicale* que l'on trouve dans toutes les bibliothèques médicales en France, aussi bien qu'à l'étranger. La première édition de cet ouvrage est de 1839. Pidoux a publié divers mémoires empreints d'un spiritualisme consolant, et dont la forme élégante a été remarquée. Son dernier livre sur le *Sang*, publié en 1879, mérite d'être lu. Il avait été reçu de l'Académie en 1864, prenait part souvent aux discussions lorsqu'un sujet touchant à la philosophie de la médecine se trouvait engagé. Il était écouté de ses collègues. Pidoux laisse la réputation d'un médecin intègre et consciencieux. Ses obsèques ont eu lieu samedi dernier, et M. Dujardin-Beaumetz a prononcé sur sa tombe les paroles d'adieu de l'Académie.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Calliot, qui vient de succomber, à l'âge de soixante-quatorze ans, à Houilles (Seine-et-Oise).

— On nous annonce la mort à Paris de M. le docteur Blandin (Louis), l'un des doyens du corps médical, décédé ces jours derniers à l'âge de quatre-vingt-treize ans, et de M. le docteur Dupas.

***

— C'est le 8 août que s'ouvre la cinquantième session de l'Association britannique sous la présidence du docteur Benjamin Barrow, chirurgien consultant à l'hôpital de l'île de Wight. Cette session durera quatre jours et se tiendra à Worcester. Nous nous mettrons en mesure pour tenir nos lecteurs le plus vite possible au courant des principaux travaux qui y seront discutés.

***

Concours du Bureau central. — A la suite du plus brillant concours, MM. les docteurs Tapret et Barth ont été nommés médecins du Bureau central.

***

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de midi à trois heures.

***

Congrès international d'hygiène. — La prochaine session aura lieu à Genève du 4 au 11 septembre 1882. Le Conseil municipal a délégué, dans ses séances du 30 juin et 7 août, MM. les docteurs Bourneville, Loiseau et Napias. Il a également voté une somme de 6,900 francs pour couvrir les dépenses de toute nature nécessitées par la participation de la ville de Paris à l'exposition annexe du Congrès.

Nous ajouterons qu'un grand nombre de communications sont déjà inscrites à l'ordre du jour.

***

— Association française pour l'avancement des sciences. — La onzième session aura lieu du 24 au 31 août 1882 dans la ville de La Rochelle. Elle se composera d'une séance générale d'ouverture, de séances de sections ou de groupes, de visites scientifiques ou industrielles, de conférences publiques et d'excursions.

***

Epidémies. — La fièvre jaune vient de faire son apparition à Gorée; trois personnes ont succombé dans les deux journées du 24 et du 26 juillet.

***

Monument Darwin. — Une statue de marbre va être élevée à l'illustre naturaliste Darwin et placée dans les salles du British Muséum. La souscription, ouverte dans ce but, a déjà donné une somme de près de 2,500 livres sterling.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882.

20. M. Simon. Contribution à l'étude de la rage humaine. — 21. M. Garcin. Contribution à l'étude des abcès douloureux épiphysaires. — 22. M. Charon. Contribution à l'étude de la mammite post-puerpérale consécutive aux gerçures du mamelon. — 23. M. de Laborde. Des manifestations cardiaques de l'érysipèle médical. — 24. M. Girou. De l'eucalyptol considéré principalement comme antiseptique. — 25. M. Evesque. De la médication thermo-résineuse dans l'arthrite du genou. — 26. Essai sur les applications de la médication combinée de Labassère et Salies à Bagnères-de-Bigorre. — 27. M. Lignon. Essai d'étude clinique sur la pneumonie lobaire aiguë des enfants. — 28. M. Fleury. Du traitement de la syphilis par les injections de sublimé corrosif. — 29. M. Flotard. De la dilatation du canal de l'urèthre chez la femme. — 30. M. Milhau. Essai sur l'enchâtonnement du placenta. — 31. M. Debadié. De l'apomorphine, ses effets physiologiques, ses usages thérapeutiques. — 32. M. Tourneilhe. Contracture réflexe, consécutive aux traumatismes articulaires. — 33. M. Piétrini. Des injections intra-utérines et de leur emploi dans certaines affections de l'utérus. — 34. M. Giret. Considérations cliniques sur l'hémoptysie considérée dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire. — 35. M. Bessabs. Considérations sur le rhumatisme articulaire aigu et son traitement. — 36. M. Marion. Contribution à l'étude des actions physiologiques et des applications thérapeutiques de l'eau de mer. — 37. M. Largaud. De l'influence de l'hystérie sur la phtisie pulmonaire. — 38. M. Roux. Etude sur la pleurésie infantile. Diagnostic et traitement. — 39. M. Vuillemin. Traitement palliatif du cancer utérin. — 40. M. Romant. Des tumeurs hypertrophiques et vasculaires de l'urèthre chez la femme. —41. M. Fereiot. De l'huile de croton tiglium envisagée principalement au point de vue physiologique et thérapeutique. — 42. M. Balestrié. Contribution à l'étude du taxis et de la kélotomie.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 27 JUILLET AU JEUDI 2 AOUT 1882.

Fièvre typhoïde 34. — Variole 7. — Rougeole 19. — Scarlatine 6. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 38. — Dysenterie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 46. — Phthisie pulmonaire 168. — Autres tuberculoses 8. — Autres affections générales 59 — Malformation et débilité des âges extrêmes 30. — Bronchite aiguë 18. — Pneumonie 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 79. — au sein et mixte 34. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 83. — de l'appareil circulatoire 51. — de l'appareil respiratoire 47. — de l'appareil digestif 40. — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 3. — infectieuses 1. — Epuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 45. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 925 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 17 août 1882.

CONSERVATION DU VACCIN ANIMAL PAR LES PROCÉDÉS DE M. PISSIN ET DE M. REISSNER.

Une lettre de M. l'ambassadeur de France à Berlin, adressée, il y a huit jours, à l'Académie de médecine, et que nous reproduisons plus loin réclame quelques éclaircissements. Le représentant de la France en Allemagne a cru devoir attirer l'attention de l'Académie sur une découverte qui permettrait de conserver au vaccin animal son efficacité pendant un temps assez long. Deux médecins allemands, MM. Reissner et Pissin, croient avoir atteint ce but, qui ne tendrait à rien moins qu'à vulgariser l'emploi de la vaccination animale. Leurs procédés, qui ont été expérimentés avec beaucoup de succès par les membres de l'office sanitaire impérial allemand, méritent par cela même qu'on les fasse connaître. Voici en quoi ils consistent :

M. Reissner (1) recueille sur une plaque de verre le contenu des pustules d'une génisse vaccinifère, le mélange avec de la glycérine et laisse séjourner le tout pendant quarante-huit heures environ dans un dessicateur semblable à ceux en usage dans les laboratoires de chimie. La masse, en état de dessication, est pulvérisée, réintroduite quelque temps dans l'appareil et finalement recueillie dans un tube de verre. Au moment de s'en servir, on dépose une certaine quantité de cette poudre dans un verre de montre contenant de l'eau ou de la glycérine très diluée, et, lorsque, par déliquescence, la masse est réduite à l'état de bouillie, on l'inocule à l'aide de petites spatules dans les incisions pratiquées préalablement avec le bistouri.

M. Pissin (2) se contente de recueillir le contenu des pustules de la génisse dans un verre de montre qui contient de la glycérine (10 gouttes de glycérine pour le contenu de 5 à 10 pustules, suivant l'abondance de ce contenu). Il y ajoute parties égales d'une solution à 1/2 0/0 d'acide salicylique. Le mélange est recueilli dans des tubes ordinaires à vaccin, à l'abri du contact de l'air. C'est là, en somme, une manipulation des plus simples.

Des expériences faites sous la direction de M. Koch (1) avec des vaccins de génisse conservés par ces deux procédés ont donné, disions-nous, des résultats très encourageants, sur lesquels nous aurons sans doute à revenir. Qu'il suffise de mentionner aujourd'hui qu'au bout de dix-huit mois les vaccins conservés d'après les procédés en question semblaient n'avoir rien perdu de leur efficacité. Il faut savoir encore que le procédé de conservation de M. Reissner paraît devoir assurer des résultats plus satisfaisants, à condition toutefois qu'on ait recours aux scarifications, pour inoculer le liquide vaccinal.

L'impartialité nous oblige à dire que des essais plus récents faits par un simple praticien, le docteur Hirschberg (de Posen (2) ont donné des résultats beaucoup moins bons. Il y a là sans doute à compter avec la question de technique qui exige des précautions et une certaine expérience indispensables pour la parfaite réussite des inoculations.

Quant aux avantages attribués à l'emploi de la vaccination animale, notre humble avis est qu'il faut s'en tenir à ceux qu'on lui a attribués jusqu'alors, et la crainte d'inoculer la tuberculose et la scrofule en vaccinant de bras en bras, nous semble inspirée par des conceptions pour le moins prématurées.

E. R.

(1) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHR., no 30, 1881.
(2) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., n° 44, 1881.

(3) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, nos 26 et 27, 1882.
(4) *Ibidem*, no 33, p. 455.

CLINIQUE MÉDICALE

RELEVÉ CLINIQUE du service de M. le docteur LANCEREAUX. — Hôpital de la Pitié (année 1881). — Par M. OCTAVE GUELLIOT, interne du service.

Suite. — Voir les numéros 31 et 32.

Onze malades ont succombé, ce qui donne une mortalité de 18,1 0/0 (H. 6; F. 5). Quatre sont morts à la fin du deuxième septenaire; cinq à la fin du troisième; un au trente et unième jour; enfin une malade est morte épuisée par une diarrhée qui, pendant plusieurs semaines, a résisté à tous les moyens de traitement. Nous disions tout à l'heure que l'on pouvait ordinairement trouver une cause à la gravité de la maladie. En voici quelques exemples :

8. F..., vingt et un ans, couturière. Est venue à Paris, il y a cinq mois, pour se marier; *excès génésiques*. Début de la maladie le 27 décembre 1880. Température élevée : lotions vinaigrées, bains froids; 4 janvier, taches rosées; 14, phénomènes ataxiques, délire, carphalogie; commencement d'eschare; mort le 19 janvier.

9. H..., vingt et un ans, entre le 9 avril pour une fièvre con-

tinue qui remonte à quinze jours; il habite Paris depuis six mois et *vient de passer un mois à la prison de la Santé*; 11 avril, laryngite, bronchite, diarrhée sanguinolente; puis hémorrhagie intestinale abondante. Potion ergot de seigle et teintnre de digitale; bain froid. Pendant le bain, nouvelle hémorrhagie; 12 avril, prostration, soubresauts des tendons, hémorrhagie intestinale; vésicatoire sur le ventre. Temp. M. 40o4; T. S. 39o2. — 13 avril, hémorrhagie; T. M. 39o8; T. S. 39o4. — 14. T. M. 40o; T. S. 39o; hoquet, hémorrhagie très abondante; délire. — 15, prostration, râles trachéaux; T. M. 40o5; mort à une heure. Autopsie : ulcérations intestinales nombreuses, à bords très vasculaires et même ecchymotiques; grosses veines sous la muqueuse; ulcérations sous le cœcum et le côlon ascendant. Foie débordant à deux travers de doigt, manifestement gras. Poumons gorgés de sang noir; bronchite.

10. H..., 20 ans, à Paris depuis neuf mois a été atteint d'une maladie sérieuse en février 1880; début vers le 15 juillet de la fièvre typhoïde. Aggravation des symptômes le 28. Mort le 16 août.

11. H..., 24 ans, tonnelier, nettement *alcoolique*. Début le 14 août; entré le 24: taches rosées, température élevée, délire nocturne. — 28, adynamie profonde. La température, tombée à 38° le 1er septembre, remonte les jours suivants. Mort le 5 septembre (22° jour). Autopsie : ulcérations entièrement détergées; dégénérescence des muscles grands droits de l'abdomen.

12. H..., 26 ans. *Syphilis récente*, chancre il y a 9 mois, puis accidents secondaires. Fièvre typhoïde le 6 octobre. Mort le 19.

13. F. 24 ans. Fièvre typhoïde grave dès le début (18 avril). *Souffrante depuis 4 mois*. Dyspepsie, douleurs de ventre, etc. Selles très fréquentes et très fétides; symptômes d'asphyxie. Morte le 2 mai (15° jour) avec une température de 42°. Autopsie : congestion intense, lie de vin, des poumons; myocarde pâle; vascularisation de la valvule mitrale, foie congestionné, un peu gras, rate diffluente, plaques de Peyer ulcérées et recouvertes d'une eschare; système musculaire friable.

Un de ces malades a succombé peu de temps après la convalescence d'une affection sérieuse, nous avons eu deux exemples de *rechutes*; un homme de 25 ans, entré le 20 janvier, a une fièvre typhoïde de deux semaines. Pendant la convalescence, il se fait une rechute qui dure également quinze jours. Un autre, âgé de 26 ans, vient à l'hôpital le 6 mai pour une fièvre continue datant de huit jours, à forme bénigne; chute progressive de la température du 15° au 21° jour; il part pour Vincennes le 24 mai, n'y reste que quatre jours et reprend son travail. Il retombe malade le 15 juin; la température ne dépasse pas 39°,2 et descend du 9° au 13° jour. Exeat le 8 juillet: les taches rosées lenticulaires ont apparu le 8° jour dans la première attaque, le 6° dans la seconde.

Nous serons brefs sur le *traitement* appliqué à ces différents malades : il a été surtout symptomatique et, dans les cas bénins, s'est borné à la diète et aux soins hygiéniques. M. Lancereaux insiste beaucoup sur la nécessité de tenir les typhiques très propres, afin de diminuer autant que possible l'autoinfection. Quand la température est élevée, lorsque la rémission du matin est peu accentuée, on fait deux ou trois fois par jour des lotions vinaigrées ou alcoolisées et on donne des lavements froids, phéniqués ou non. Si la température reste au-dessus de 40°, si le délire paraît tenir à l'hyperthermie, on ajoute à ce traitement des *bains frais*, en même temps que l'on fait usage de la *digitale* et du *laudanum* à l'intérieur. Les bains ne sont pas donnés à une très basse températnre (25 à 27o) et ont une durée d'une demi-heure. Lorsque le malade en sort, la température s'est abaissée de 1 à 2o; il est vrai qu'elle remonte souvent le soir ou le lendemain, mais on a annihilé, au moins pour un certain temps, les funestes effets de l'excessive élévation de la tem pérature, et, en répétant cette médication, on peut donner au malade la force d'atteindre le jour où la température baissera d'elle-même. On sonlage ainsi les typhiques, et heancoup demandent avec insistance leur bain quand une fois ils en ont éprouvé les bons effets.

5. Fièvres catarrhales.

Nous rangeons sous ce chef les fièvres bénignes à courte durée, dites fièvres éphémères, *à frigore*, et qui, lorsqu'elles se prolongent, sont difficiles à distinguer de la grippe on constituent ce que les anteurs ont appelé la *fièvre continue simple*. Nous voulons simplement faire remarquer que ces fièvres se sont montrées principalement au printemps et au commencement de l'hiver, et que leur plus grande fréquence a coïncidé avec la diminution de la fièvre typhoïde. Une de ces fièvres a été suivie de *phlegmatia*.

14. Une femme de 28 ans était entrée dans les salles le 27 août pour une fièvre légère; les symptômes étaient : de l'inappétence, un état saburral de la langue, une élévation minime de la température et une douleur névralgique dans la région frontale. Au bout de quelques jours, tout allait pour le mieux, et on allait signer la pancarte de la malade, lorsque, le 17 août, elle se plaignit de souffrir dans la jambe gauche; déjà il y avait un peu d'œdéme antour des malléoles. Les jours suivants, on put constater les points douloureux ordinaires de la phlébite crurale; l'œdème augmenta, il se fit une circulation veineuse supplémentaire, et on fut en présence d'une *phlegmatia alba dolens* type, qui retint la malade à l'hôpital jusqu'an 19 novembre.

6. Ictère grave.

Le seul cas d'ictère dit grave, ou mieux d'hépatite parenchymateuse qui nous ait été donné de voir, s'est terminé par la guérison. Il s'agissait d'un palefrenier, habitant Gentilly, qui fut pris, à la fin de septembre, de malaises, courbature, céphalalgie; à ces prodrômes succédèrent les signes ordinaires de l'ictère typhoïde: jaunisse, tuméfaction de la rate, douleurs musculaires, épistaxis, prostration, avec une courbe de température rappelant celle de la fièvre rémittente et qui contribua à faire administrer le sulfate de quinine qui eut un pleiu succès. M. Lancereaux a profité de la présence de ce malade pour rappeler plusieurs cas analogues observés les années précédentes, insister sur la fréquence de leur guérison, montrer leur nature probablement miasmatique et les différences qui séparent cet ictère grave essentiel, *fièvre ictérique*, des ictères graves symptomatiques.

7. Pleurésie aigue.

Si la pneumonie a son maximum de fréquence au printemps, la pleurésie, au contraire, sévit principalement pendant les chaleurs de l'été et aux premiers froids de l'hiver. Ainsi, sur 12 observations, 6 appartiennent aux mois d'été, 6 aux mois

d'hiver, et, sur ces dernières, 4 ont été recueillies pendant le mois de décembre.

On a appliqué des vésicatoires quand le malade est arrivé assez tôt pour qu'on ait pu espérer de modérer la poussée inflammatoire de la séreuse pulmonaire, c'est-à-dire seulement dans les premiers huit jours. La ponction a été pratiquée, soit lorsque l'épanchement, par son abondance ou son siége à gauche, apportait une gêne notable à la respiration, on déplaçait le cœur et menaçait de produire des syncopes. La résorption de l'épanchement s'est généralement opéré de la cinquième à la sixième semaine.

Nous avons eu à déplorer une mort arrivée brusquement, au 28e jour, à la suite d'une *embolie pulmonaire*. L'artère de ce nom était bourrée de caillots et la veine fémorale gauche était en partie oblitérée.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

Sur un cas d'excision du pylore chez un malade atteint d'un cancer de l'estomac, par le docteur F.-A. Southam.

Le 13 mars dernier, entrait à l'Infirmerie royale de Manchester un ouvrier gazier de quarante-trois ans, offrant les symptômes d'une occlusion pylorique remontant à quatre mois. Le malade avait maigri d'une façon considérable, et ne pouvait conserver aucun aliment solide. Les vomissements se produisaient environ une heure après le repas, et les matières étaient parfois mélangées d'un peu de sang. Les liquides, pris en petite quantité, étaient tolérés par l'estomac. Il n'y avait guère de selles qu'une fois par semaine; elles étaient fétides et foncées en couleur. Il existait au niveau de la région épigastrique des douleurs qui s'exaspéraient par l'ingestion des aliments solides. A la palpation, on sentait nettement une masse dure, bien limitée, un peu bosselée, du volume d'une orange, située un peu à droite de l'ombilic et correspondant à l'extrémité pylorique de l'estomac. La tumeur était très mobile et était déplacée par les mouvements respiratoires; elle changeait également de place quand le malade se couchait de l'un ou de l'autre côté. Il n'y avait pas de dilatation stomacale, et les autres organes paraissaient sains. Le diagnostic porté fut celui de cancer de l'estomac limité au pylore. Vu la limitation et l'absence d'adhérences de la tumeur, le docteur Ross pensa que ce cas était favorable à l'intervention chirurgicale. Le patient, averti préalablement de tous les dangers auxquels il allait être exposé, accepta l'opération, consentant à tout risquer pour obtenir quelque soulagement.

L'opération eut lieu le 5 avril. Pour mettre autant que possible le malade à l'abri du choc, on lui plaça des boules d'eau chaude aux pieds et on lui enveloppa les jambes dans des couvertures de laine. On plaça également des boules d'eau le long des cuisses et du tronc. Aussitôt que l'anesthésie fut complète, on pratiqua avec la pompe plusieurs lavages de l'estomac, qui amenèrent au dehors une grande quantité de matières grumeleuses et noirâtres

Dans un premier temps, M. Southam s'occupa de mettre la tumeur à découvert. Dans ce but, il fit une incision transversale d'environ six pouces de longueur, divisant les deux muscles droits à deux pouces au-dessus de l'ombilic. Une fois l'hémorrhagie arrêtée, le péritoine fut divisé dans la même longueur, et la tumeur devint alors visible. Elle était, comme on l'avait prévu, limitée à l'extrémité pylorique et à la partie adjacente des parois de l'estomac. Elle était libre de tous côtés, sauf en arrière, où elle présentait quelques légères adhérences avec des ganglions lymphatiques hypertrophiés, situés près de la tête du pancréas. Ces adhérences furent facilement déchirées avec le doigt, et la masse put alors être attirée au dehors.

Dans un second temps, trois doubles ligatures de catgut furent appliquées sur le grand épiploon, qui fut ensuite coupé avec des ciseaux entre chaque paire de ligatures. De cette façon on put le séparer de la grande courbure. Le petit épiploon fut séparé de la même manière de la petite courbure. Cette manœuvre permit d'attirer la tumeur tout à fait en dehors, et cela sans la moindre effusion de sang. Une large éponge plate servit ensuite à contenir les intestins. Grâce à cet ensemble de précautions, le reste de l'opération put être pratiqué en dehors de la cavité péritonéale.

Un troisième temps fut consacré à l'excision du pylore et de la tumeur. Une forte ligature de soie fut placée dans ce but sur le duodénum à un pouce et demi du pylore. L'intestin fut ensuite coupé entre cette ligature et le pylore tout à fait en dehors des limites du mal. L'estomac lui-même fut divisé d'une façon analogue par une incision commençant vers le milieu de la petite courbure et conduite obliquement vers la grande courbure suivant une ligne légèrement convexe à gauche. Le pylore et la tumeur étaient alors complétement séparés de l'intestin d'une part, de l'estomac de l'autre. Le contenu de ce dernier, qui était d'ailleurs presque vide, fut enlevé au moyen d'une éponge, et sa cavité fut soigneusement nettoyée avec une solution phéniquée. Il y eut fort peu d'hémorrhagie, et deux petits vaisseaux seulement de la paroi antérieure fournirent un peu de sang. Plusieurs ganglions purent être enlevés également. Mais on dut en laisser quelques-uns qui entouraient les conduits biliaires et pancréatiques, de peur de léser ces importants organes.

Dans un quatrième temps, l'ouverture de l'estomac fut fermée en partie par vingt et une sutures de soie en allant de haut en bas, c'est-à-dire en commençant par la petite courbure. Une petite ouverture fut laissée sur la grande courbure pour l'insertion du duodénum, dont la grosse ligature fut enlevée. Ses bords furent alors affrontés avec ceux de la plaie stomacale subsistante et fixés par dix-neuf sutures de soie. On retira alors l'éponge qui maintenait les intestins, l'estomac fut réintroduit dans l'abdomen; tout écoulement sanguin fut soigneusement arrêté, et la cavité péritonéale fut épongée avec la plus grande minutie.

Enfin, dans un cinquième et dernier temps, la plaie extérieure fut réunie par la méthode ordinaire au moyen de neuf sutures d'argent et de seize sutures de soie; ce dernier temps fut rendu très difficile par suite de la contraction des muscles droits.

L'opération avait duré une heure et demie. Il n'y avait pas eu d'accidents. Les suites immédiates parurent favorables. Il y eut un bon sommeil pendant quelques heures, et l'on se croyait en droit de concevoir des espérances sérieuses, lorsque le malade succomba subitement quatorze heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouve les organes parfaitement sains. Il n'y avait pas de dépôts secondaires, sauf dans les ganglions

qui environnaient la tête du pancréas. Il existait une légère injection des parois stomacales et une certaine quantité de sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale. La réunion commençait déjà à se faire sur certains points. Un examen attentif démontra que la totalité de la tumeur avait été enlevée. Quant à celle-ci, l'examen microscopique révèle qu'elle était de nature squirheuse. Elle entourait complètement le pylore, qu'elle avait rétréci au point qu'on ne pouvait y introduire l'extrémité du doigt. L'extrémité pylorique de l'estomac était également intéressée, surtout dans sa paroi antérieure. Le duodénum était altéré aussi dans une étendue d'un pouce et demi environ.

L'auteur attribue la cause de la mort à ce que l'on appelle généralement aujourd'hui le *choc opératoire*. Il s'étonne à bon droit cependant que l'opéré se soit si bien remis dès les premiers moments et que les accidents foudroyants ne se soient montrés que si tard. S'agissait-il de cette intoxication septique que l'on a attribuée à l'absorption rapide de matières putrides par la surface péritonéale? C'est là une question qu'il est permis de se poser. Ce qui plaiderait en faveur de cette manière de voir, c'est l'élévation de la température qui a précédé la mort et sur laquelle l'auteur insiste; c'est aussi ce collapsus survenant brusquement alors que la réaction paraissait complète; c'est enfin l'épanchement que renfermait la cavité péritonéale.

Nous n'insisterons pas davantage sur les détails. Malgré son insuccès, l'auteur croit à l'avenir de ce genre d'opérations. Certes, au point de vue opératoire, le succès a été complet, et le chirurgien a fait preuve d'une rare sûreté de main et d'une grande habileté. Mais, en fin de compte, les jours du malade ont été abrégés. Et, se fût-il rétabli, qu'une récidive n'eût pas manqué de se produire dans les ganglions situés autour de la tête du pancréas.

(*British medical Journal*, 29 juillet 1882.)

Dr Gaston Decaisne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1882. — Présidence de M. Blanchard.

Médecine. — Acné indurata généralisé, contagieux, ayant pour origine un acné varioliforme ou varioloïde. Note de M. Ch. Brame.

Après avoir rappelé que c'est à M. Caillaux et surtout à M. Hardy qu'on doit la démonstration que l'acné varioliforme ou varioloïde est contagieux, ce que M. Hardy attribue, avec raison, à la présence d'un mycoderme, qu'il a découvert dans la pustule d'acné varioloïde, j'établis que l'acné indurata engendré par l'acné varioloïde peut être également contagieux.

I. Un jeune homme, employé chez un marchand de foin en gros, à Saumur, contracte, par suite de sa profession, un acné varioloïde, à pustules très nombreuses, répandues sur les deux mains. Non seulement il lui est survenu, à la suite de cet acné varioloïde, un acné indurata sur les avant-bras, les bras, les fesses, les lombes, les cuisses et les jambes; mais, ayant couché successivement avec deux proches parents, il leur a communiqué cet acné indurata, qui est apparu sur les mêmes parties du corps. Le premier jeune homme ayant été guéri de l'acné varioloïde aux mains, a été repris, à la suite de quelques nuits passées en plaisir, d'acné indurata aux mains et sur d'autres parties du corps.

Or, j'ai inoculé l'exsudat pris au bout d'une lancette sur les deux jeunes gens affectés primitivement d'acné indurata, et une fois chez l'un, à plusieurs reprises chez l'autre, j'ai reproduit des pustules d'acné indurata acuminé. Au microscope, l'exsudat montre de nombreux globules blancs voisins, mais on n'y voit pas de tubes.

Le traitement de l'acné varioloïde a consisté d'abord, à cause des ulcères qui l'accompagnaient, en sérat coaltarisé, avec addition de glycérine et de craie, que j'épongeais soigneusement avec du papier Joseph et que je faisais suivre d'un badigeonnage à l'iodure argentique, récemment préparé. Le troisième jour, j'appliquai le même traitement, mais auparavant je procédai à la ponction de chaque pustule; je continuai ce nouveau traitement pendant deux jours, après quoi je n'employai plus, après la ponction, que l'iodure argentique.

Ce sont ces derniers moyens que j'appliquai aux autres parties du corps, siège de l'acné indurata.

Au bout de huit jours, le jeune homme paraît guéri; mais il va à Vendôme, et, comme je l'ai dit, l'acné indurata reparaît plus discret, du reste, sur diverses parties du corps, et se montre aux mains. On le guérit définitivement en sept jours, à raison de dix ponctions par jour, suivies de l'application de l'iodure argentique.

Ce jeune homme a été guéri par quinze applications du traitement.

Deux mois après le premier sujet, je vois un autre jeune homme affecté d'acné indurata dans la partie indiquée précédemment. On pratique vingt-cinq ponctions par jour et l'application de l'iodure argentique, auquel on fait succéder, vers la fin, une solution alcoolique de tannin iodé. Ce jeune homme a été guéri par vingt-deux applications du traitement.

Un troisième parent, âgé de treize ans, lui succède. Dès la troisième fois, après trente-cinq ponctions par jour, je fais succéder la solution alcoolique de tannin iodé à l'iodure argentique, et je guéris le sujet en six applications du traitement.

Un bain d'amidon, ordonné dans les trois cas, à la suite de la guérison, en ne faisant pas reparaître l'affection, a permis de juger que cette guérison était complète.

II. *Acné indurata, originairement contagieux.* — 1. Peu de temps après la guérison des trois premiers sujets, vint se soumettre à mon traitement un négociant, âgé de cinquante ans, qui portait sur le dos et les épaules, depuis quinze ans, un acné indurata; il en présentait environ cent pustules.

Ayant eu l'idée qu'il pouvait y avoir un mycoderme dans les pustules, j'inoculai deux fois l'exsudat, pris sur la pointe d'une lancette, et deux fois je produisis des pustules d'acné indurata.

Ayant examiné l'exsudat au microscope, à un grossissement de 300 diamètres, j'y constatai la présence de spores en grand nombre et de tubes en général très courbés, formant lacis, portent des spores assez rares, mais joints à de petits amas de spores et d'autres tubes isolés portant également des spores, recourbés et plus grands. J'ai dessiné ces divers objets, que j'ai réunis dans une planche accompagnant ce travail. Je dénomme le mycoderme *Acné incurvata*.

J'ai ponctionné d'abord les cent pustules, puis j'appliquai de l'iodure argentique. Je renouvelai les ponctions sur un grand nombre de pustules, et je guéris le sujet en six fois, après plusieurs badigeonnages avec le tannin iodé, et le dernier jour avec une solution alcoolique de tannin iodé.

2. Peu de temps auparavant, je fus appelé près d'une jeune dame, qui présentait au menton une tumeur arrondie de 0m,01 de diamètre, formée de quatre pustules d'acné indurata réunies. Je la

traitai par la ponction et par le badigeonnage à l'iodure argentique; elle allait bien, lorsque je fus obligé de m'absenter pendant quelques jours. La dame mit sur sa tumeur des cataplasmes de fécule, qui n'eurent d'autre effet que de faire naître cinq pustules d'acné indurata, à droite et à gauche de la tumeur.

Je pris de l'exsudat au bout d'une lancette et j'inoculai deux fois les avant-bras; il se produisit des pustules d'acné indurata.

De l'inflammation avec production de matière crustacée et de très petits ulcères s'étant développée, j'employai pour la combattre du cérat coaltarisé, glycériné, additionné de craie comme substitutif et obturateur, et je fis ensuite quelques ponctions, suivies de l'application de l'iodure argentique récemment préparé.

3. Une jeune fille de Paris avait le visage couvert de pustules d'acné indurata. Inoculée à un avant-bras, l'affection s'est reproduite.

Conclusion. — Non seulement l'acné varioliforme ou varioloïde est contagieux, mais il engendre un acné indurata, qui se transmet également par contagion à l'individu qui en est porteur ou à d'autres personnes.

2° L'acné indurata lui-même peut être contagieux originairement, et cela par la présence d'un mycoderme, que je dénomme *Acné incurvata.*

3° Le traitement de l'acné varioloïde doit surtout consister en ponctions de chaque pustule, suivies d'un badigeonnage à l'iodure argentique, récemment préparé, avec addition préalable de cérat additionné de coaltar, de glycérine et de craie, s'il y a des ulcérations.

4° Le traitement de l'acné indurata, contagieux ou non, doit consister en ponctions plus ou moins répétées de chaque pustule, suivies de l'application de l'iodure argentique, récemment préparé, et, lorsque les pustules commencent à s'effacer, de celle d'une solution dans l'alcool à 96° de tannin iodé. On revient à l'iodure argentique, si la solution de tannin iodé produit une légère inflammation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 8 août 1882. — Présidence de M. GAVARRET

La correspondance officielle comprenait une lettre de M. l'ambassadeur de France à Berlin, dont voici la substance :

« La presse allemande s'occupe depuis quelque temps de la découverte faite par deux docteurs allemands, MM. Pissin et Reissner, de procédés qui permettraient de conserver au vaccin animal dit cow-pox, toute son efficacité pendant un certain temps. D'après les comptes rendus des journaux, l'office sanitaire de l'empire allemand aurait reconnu, après de nombreuses expériences, l'efficacité des méthodes mises en œuvre, et la possibilité de créer ainsi des approvisionnements de vaccin animal, de manière à le substituer complètement, comme la Hesse en avait déjà donné l'exemple, au vaccin pris sur l'homme. Ce dernier, stable, facile à garder et à transporter, était entré presque exclusivement dans la pratique usuelle, malgré les graves inconvénients qu'il présente au point de vue de la transmission des maladies contagieuses. Jusqu'à présent, on ne s'était guère préoccupé que du danger de la diffusion de la syphilis; mais les travaux récents d'un savant allemand, M. Koch, ont considérablement élargi le champ aux appréhensions à concevoir. M. Koch serait parvenu à démontrer scientifiquement l'identité d'origine de la scrofulose et de la tuberculose. Il a trouvé dans le sang de l'homme un germe microscopique, susceptible de bimorphisme, qui, d'après les différences de son évolution, produirait l'une ou l'autre de ces redoutables affections.

Les périls révélés par M. Koch, le moyen indiqué par MM. Pissin et Reissner pour s'en affranchir, ont éveillé d'autant plus l'attention publique en Allemagne, que la vaccination y est obligatoire. Cette obligation a créé une véritable frontière sanitaire. Les mêmes résultats auraient été acquis par la même pratique en Suède, en Norwège et en Danemarck. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 août 1882. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. Motti, intitulée : *Tétanos traumatique aigu; lésions du grand sympathique.* Il s'agit d'un soldat qui mourut de tétanos à la suite d'une plaie du mollet gauche; pendant la vie les symptômes furent ceux que l'on observe habituellement dans le tétanos. Mais, à l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : rupture du psoas et des muscles droits de l'abdomen; pas de lésion du nerf saphène interne; phlébite circonscrite autour de la plaie, cerveau et moelle sains; pas de dégénérescence des nerfs sciatiques. L'intérêt de l'observation repose sur les lésions que l'on constata sur le grand sympathique. Le ganglion cervical supérieur est plus volumineux et d'une teinte plus rosée que celui du côté gauche; le tronc du nerf est également plus volumineux que celui du côté opposé, et sur son trajet il existe en dessous du ganglion cervical supérieur une ecchymose ovalaire. Le ganglion cervical moyen fait défaut. Il est à remarquer que c'est le sympathique droit qui présente ces lésions, tandis que le traumatisme portait sur le côté gauche du corps.

M. MARC SÉE fait remarquer que l'absence du ganglion cervical moyen peut expliquer le volume exagéré du ganglion cervical supérieur; de plus l'ecchymose observée sur le trajet du nerf pourrait bien n'être due qu'à une infiltration cadavérique.

M. DESPRÈS pense que cette observation n'a pas une grande valeur et que les lésions constatées à l'autopsie sur le grand sympathique ne sont peut-être pas imputables au tétanos. Quant à la question du traitement, il rappelle qu'on a cité un cas de guérison par l'élongation des nerfs et désire savoir s'il en existe d'autres.

M. TILLAUX : Dans un cas de tétanos consécutif à une plaie du pouce, j'ai fait l'élongation du médian et du radial, sans résultat. Cependant il existe des cas d'élongation suivis de guérison.

M. MARCHAND : L'élongation des nerfs pour le tétanos a généralement mal réussi, tant en France qu'à l'étranger; dans un cas j'ai fait la section du sciatique, mais le malade n'en a pas moins succombé.

M. VERNEUIL fait remarquer que tout l'intérêt de l'observation de M. Motti repose sur l'anatomie pathologique; on a trouvé une lésion du grand sympathique, et dorénavant l'attention devra être appelée de ce côté-là. Quant à la question du traitement, il rappelle que c'est lui le premier qui a eu un cas de guérison par le chloral, et comme jusqu'à présent les tentatives chirurgicales ont donné des résultats très incertains, il persiste à penser que le meilleur traitement est l'emploi du chloral, de la morphine, associé à l'immobilisation du malade. Dans un cas cependant, M. Verneuil a obtenu la guérison après avoir fait l'élongation du médian et du cubital, mais il avait simultanément donné du chloral.

M. DESORMEAUX rappelle que M. Chalmers a fait une thèse sur le traitement du tétanos par l'opium à haute dose, et que cette médication a donné quelques succès. On donne l'extrait thébaïque à la dose de 0,60, 0,80 cent. et jusqu'à 1 gr. 20 dans les vingt-quatre heures.

M. DESPRÈS : C'est le procédé de Monnerod, qui donnait même jusqu'à 7 grammes d'opium dans les vingt-quatre heures.

M. LE DENTU a deux cas de mort, malgré l'emploi du chloral à haute dose.

— M. Verneuil fait un rapport sur un travail de M. Chrétien sur l'*amputation des doigts surnuméraires*,

M. Chrétien, dans son travail, donne l'observation d'un enfant de dix ans qui avait un pouce surnuméraire conique, mobile à son articulation, et recouvert d'une peau amincie. Cet enfant, à l'âge de six mois, avait été amputé de ce doigt surnuméraire, qui s'était de nouveau développé. Un fait analogue avait été déjà constaté par Velpeau. Comment faut-il expliquer ces faits? M. Chrétien pense que lorsqu'on fait l'amputation dans la continuité de l'os, il reste un point d'ossification qui se développe consécutivement; c'est un fait analogue à ce qui se passe dans les moignons de membres amputés chez des enfants; ces moignons s'allongent et présentent ce que M. Verneuil a appelé la *conicité physiologique*. L'auteur se demande, en outre, s'il n'y a pas lieu de modifier le manuel opératoire : deux cas se présentent; ou bien le pouce naît dans la continuité, il y a bifurcation de l'os, ou bien il y a une articulation. Dans le premier cas, il faut faire l'amputation en rasant l'os aussi près que possible. Dans le second cas, M. Chrétien pense avec Sedillot qu'il faut aussi amputer dans la continuité aussi près que possible de l'articulation, sans ouvrir celle-ci cependant, dans la crainte de développer une arthrite. M. Verneuil, dans un cas semblable, a fait la désarticulation, et il n'a eu aucun accident. Il pense qu'avec les moyens antiseptiques dont on dispose actuellement, c'est une pratique que l'on peut suivre sans inconvénient, et, chez les enfants, ce qui convient mieux dans ce cas, c'est l'application du pansement ouaté.

M. Desprès : Dans un cas de doigt surnuméraire, j'attendrai que l'époque du développement soit terminée pour faire l'opération, comme Sedillot; de cette façon, il n'y aurait pas de crainte de voir le doigt se reproduire. Quant au pansement pour toutes les plaies des doigts, rien ne vaut le pansement par occlusion de Chassaignac.

M. Lucas-Championnière pense, comme M. Verneuil, que la désarticulation est préférable; l'on peut se servir du pansement antiseptique à l'acide borique, car il veut éviter d'employer l'acide phénique chez les jeunes enfants; chez eux, l'intoxication phéniquée se produit avec une grande facilité.

M. Le Dentu cite, à propos de la remarque de M. Lucas-Championnière, un fait dont il a été témoin. Il s'agit d'un enfant de un mois auquel il incisa un kyste du cou; il lui fit le pansement à l'acide borique, mais il se servit de drains ayant macéré dans l'acide phénique; cela seul a suffi pour que l'enfant ait eu des urines noires et un commencement d'intoxication phénoiquée.

— M. Richelot lit un travail sur un cas d'abcès tuberculeux sous-ombilical.

— La prochaine séance de la Société de chirurgie aura lieu le 4 octobre prochain.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 août 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Dès l'ouverture de la séance, le président fait part à la Société de la mort de l'un de ses membres les plus estimés, M. le docteur Pidoux, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; il invite M. Desnos, secrétaire général, à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe. — Le bureau de la Société assistait à ses obsèques.

Statistique. — M. Du Castel lit son rapport sur les maladies qui ont régné à Paris pendant le second trimestre de l'année courante. Nous y relevons les particularités suivantes :

La mortalité a été beaucoup plus grande pendant ce second trimestre, — on compte 4,256 décès, — que pendant les trois mois correspondants de 1881, où la mort avait frappé seulement 3,624 individus. Les cas de diphthérite ont été aussi plus nombreux et plus graves : 378 décès dans les hôpitaux et 728 en ville, au lieu de 267 et 553 en 1881. La variole a été moins violente, mais plus fréquemment observée. Le nombre des cas de scarlatine a été moindre que l'an dernier : 161, au lieu de 214, mais ils ont été plus graves.

Quant à la fièvre typhoïde, elle n'a point présenté sa rémission printanière habituelle; loin de là, l'augmentation a été considérable. C'est ainsi que, pendant ce second trimestre, on a observé 452 cas sur lesquels 100 sont morts contre 221 cas et 48 morts en 1881. En ville, les chiffres ont été de 192 cette année contre 97 en 1881.

M. Du Castel ajoute que ces chiffres sont d'autant plus inquiétants que, depuis quinze jours, le nombre des entrées dans les hôpitaux de Paris pour la fièvre typhoïde atteint un « chiffre colossal. »

M. Rendu confirme les faits énoncés par M. Du Castel touchant la fièvre typhoïde et ne comprend pas que l'administration profite du moment où les salles sont encombrées de brancards pour fermer les services annexes. C'est ainsi, dit-il, que le directeur de l'hôpital Tenon a reçu le mois dernier une circulaire de l'Assistance publique l'invitant à consulter les médecins de cet hôpital sur l'opportunité de fermer le service annexe installé au troisième étage. Malgré l'avis contraire unanimement donné par les chefs de service, ceux-ci ont été informés que les salles annexes seraient fermées à dater du 1er août au fur et à mesure du départ des malades. C'est ainsi que l'administration ne tient aucun compte de nos observations et nous encombre de brancards.

M. Dujardin-Beaumetz constate aussi que les Tournelles sont fermées, alors qu'en ce moment il existe une véritable épidémie de fièvres typhoïdes. Il est vrai que la maladie est généralement bénigne; elle revêt aussi quelques formes étranges, notamment la forme laryngée. Quelques salles de l'hôpital Saint-Antoine sont aussi fermées pour cause de réparations.

M. Rendu : A l'hôpital Tenon, ce n'est point une question de réparations, mais bien une question d'économie, l'administration n'ayant pas de budget, dit-elle, pour les services annexes.

MM. Moutard-Martin et Troisier ajoutent que l'Hôtel-Dieu annexe, fermé avant-hier, a dû être ouvert de nouveau au bout de 48 heures pour recevoir des malades.

La poudre de lait. — En présence de la difficulté chez certains malades atteints d'ulcère simple de l'estomac, soit de leur faire accepter le régime lacté, soit de le prolonger pendant un certain temps sans déterminer un dégoût extrême, en raison aussi de la sujétion trop grande pour les malades de se servir cinq et six fois par jour de la sonde œsophagienne pour s'alimenter dans le cas de dégoût absolu du lait, M. Debove a eu recours à un autre moyen. Il a pris du lait écrémé, l'a fait évaporer, et le résidu solide a été réduit en poudre pour être administré dissous dans du lait chaud, de telle sorte que les malades consomment en réalité la valeur de 2 et 3 litres de lait sous le volume d'un seul litre; 120 gr. de poudre correspondant à un litre de lait.

M. Dujardin-Beaumetz a essayé d'un mélange de poudre de lait, donnée par M. Dehove, de poudre de viande et d'un peu de poudre de sang, cette dernière à titre seulement de préparation ferrugineuse, car le sang est très indigeste et, contrairement à ce que l'on a dit, n'a aucune influence favorable.

M. Debove a aussi essayé la poudre de sang pour remplacer la poudre de viande, comme étant très bon marché, mais au bout de quelques jours des accidents diarrhéiques et autres sont survenus chez ces malades, et il a dû renoncer aussitôt à son emploi.

M. Dehove signale encore certaine petite modification qu'il a fait subir à la sonde œsophagienne, afin de l'avoir aussi lisse que

possible et assez épaisse et résistante pour être plus facilement déglutie par les malades, et sans déterminer aucun traumatisme.

LADRERIE.—M. TROISIER présente, au nom de M. le docteur FOURNAISE, un malade atteint de ladrerie. Six mois avant l'apparition des premiers cysticerques, cet homme avait rendu un *tænia solium* parfaitement reconnaissable.

Le premier kyste est apparu, il y a un an environ, à la joue droite, et la maladie fut dés ce jour parfaitement diagnostiquée par M. Fournaise ; puis d'autres kystes apparurent successivement au cou, aux bras, aux jambes, à la paroi antérieure de l'abdomen. Les tumeurs sont grosses comme un grain de raisin, elles sont ovoïdes et comparables à une capsule médicamenteuse. Aujourd'hui elles sont au nombre d'une quinzaine ; la plupart sont développées dans le tissu cellulaire sous-cutané ; quelques-unes cependant sont sous-aponévrotiques.

Le diagnostic a été parfaitement confirmé par l'extraction d'un de ces kystes qui a montré, sans aucun doute possible, la présence des cysticerques.

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA DOULEUR ÉPIGASTRIQUE ET DES TROUBLES GASTRIQUES DE L'HYSTÉRIE. — M. le docteur Apostoli fait une communication qui peut se résumer ainsi :

Il conseille la galvanisation *polaire positive* du pneumo-gastrique droit qui lui a constamment réussi dans 20 cas de gastralgie et d'épigastralgie et 8 cas de vomissements. Cette méthode comporte des préceptes généraux dont voici l'exposé sommaire :

1. On applique le pôle positif d'un courant de pile continu au cou ou sur une surface restreinte, en dehors et au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule; fermez le circuit par une large surface dans la main. En présence d'un insuccès, on devra faire une galvanisation gauche, ou mieux double et simultanément des deux côtés.

2. Il faut varier la dose suivant l'effet à obtenir de 5 à 15 milliampères, la réponse du malade sera le guide le plus sûr à cet égard. Si le vomissement menace, il faudra augmenter et diminuer dans le cas contraire. Pour l'épigastralgie, on doit consulter la sensibilité avec la pression profonde de la main, que le malade doit pouvoir supporter impunément.

3. S'il s'agit d'un vomissement, il faut autant que possible faire manger le malade pendant la séance, après l'avoir préalablement galvanisé pendant quelques minutes pour l'y préparer. Quant à l'épigastralgie et à la gastralgie qui sont le plus souvent des symptômes permanents, il est préférable de galvaniser le sujet au moment où la douleur est la plus intense.

4. La durée est variable comme la maladie elle-même. M. Apostoli a pour précepte de *persévérer jusqu'à effet produit*, de continuer ainsi depuis 5 minutes jusqu'à 1 heure et plus s'il le faut, jusqu'à ce que le malade déclare qu'il va bien; soit qu'il sente qu'il ne vomira plus, soit qu'il affirme qu'il ne souffre plus.

5. Sous le rapport du nombre, il n'y a rien d'absolu, l'état du malade règlera la conduite. Une seule application peut suffire à un vomissement incoercible; quelques semaines seront peut-être nécessaires pour traiter une gastralgie ou une épigastralgie qui récidive plus ou moins tôt après l'amélioration de chaque séance. On doit, si on le peut faire, de une à deux applications par jour.

La séance est levée à 5 heures. La prochaine séance aura lieu le vendredi 13 octobre.

VARÈLE.

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 31 mai au 3 juin 1882, sous la présidence de M. VON LANGENBECK.

Suite et fin. — Voir les numéros 31 et 32.

KÜSTER et ESMARCH ont employé le procédé de Hahn sans obtenir des succès complets.

— SONNENBURG (Berlin). *Des opérations sur la vessie, particulièrement au point de vue de l'extirpation de cet organe dans les cas d'inversion.* — Dans le cours d'une ovariotomie, par suite de l'adhérence de la tumeur avec les organes avoisinants, une portion de la vessie fut englobée dans le pédicule et excisée. En attirant la tumeur hors de la plaie abdominale, un lambeau de la paroi postérieure de la vessie fut en outre arraché, de sorte qu'il ne restait plus qu'une portion réduite de cet organe. L'auteur fixa le lambeau restant aux bords de la plaie abdominale, par des points de suture, et de façon à constituer une sorte d'entonnoir. Le patient séjourna dans un bain permanent et la cicatrisation se fit sans difficulté. Plus tard, la solution de continuité fut recouverte d'un lambeau de peau tapissé de granulations, et la réparation se fit au point qu'il ne subsistait plus qu'une petite fistule. Chose remarquable, la vessie, contre toute attente, se dilata dans une mesure assez considérable, de telle sorte que le patient pouvait retenir ses urines pendant près de deux heures.

Dans les cas d'extrophie très prononcée de la vessie, l'auteur donne la préférence à l'extirpation totale de l'organe, pour ensuite fixer l'uretère dans la rigole rudimentaire du pénis. Ce procédé lui a donné des résultats excellents. Il conclut de son expérience personnelle et de celle d'autres chirurgiens, que quand la hernie de la paroi postérieure de la vessie est très prononcée, le lambeau de peau destiné à former la paroi antérieure de cette cavité se trouvera soumis à une tension trop grande pour que la tentative aboutisse; sans compter que l'opération est très laborieuse et que le résultat final ne sera obtenu qu'au bout de plusieurs années. D'un autre côté, avec le procédé préconisé par l'auteur, on ne peut éviter l'incontinence d'urine, mais on obvie à cet inconvénient en munissant le sujet d'un urinal qui ne le gênera pas beaucoup.

Pour THIERSCH, cette manière de faire, loin d'être un progrès, équivaut à un pas en arrière. Il retrace ensuite son propre procédé, bien connu. Chez les femmes, on ne peut recourir à une pelotte compressive pour assurer l'occlusion temporaire ; il était donc nécessaire de les munir d'un urinal. Pour y remédier, Thiersch a eu l'idée de mettre la vessie, une fois constituée, en communication avec l'intestin, en appliquant à plusieurs reprises une pince qui détermine une nécrose circonscrite de la paroi vésico-intestinale.

BILLROTH croit savoir que pareille tentative a été faite jadis par des chirurgiens américains. Il est d'avis qu'une communication entre la vessie et l'intestin aura, à la longue, des conséquences préjudiciables pour l'un et l'autre de ces organes. Lui-même a fait construire un appareil qui réalise l'occlusion momentanée de ces fistules et permet au sujet de retenir ses urines pendant assez longtemps.

— JULLIARD (Genève). *Suture de la vessie.* — Dans le cours d'une ovariotomie, la vessie fut entamée par accident. Il en résulta une ouverture béante qui mesurait 12 centimètres de longueur, et que Julliard ferma par des points de suture en catgut, suivant la même technique que pour l'enterorhaphie (procédé de Lembert). Une sonde fut placée à demeure, pendant cinq jours, pour assurer le repos complet de l'organe. Pendant les deux premiers jours, l'urine contenait du sang, le troisième jour elle avait la couleur verdâtre caractéristique de la présence de l'acide phénique ; puis la guérison marcha sans incidents fâcheux.

Des résultats tout aussi satisfaisants ont été obtenus par Esmarch et par Billroth.

— Küster. « *De la luxation habituelle de l'épaule.* Un jeune homme, en tombant sur une caisse, s'était fait une luxation de l'articulation scapulo-humérale. La luxation fut réduite, mais elle se reproduisit à cinq reprises. Küster résolut de pratiquer une incision explnratrice pour s'assurer de l'existence éventuelle d'une déchirure de la capsule ou de l'arrachement d'un fragment d'os. Or il se fit voir que la capsule, loin d'être déchirée, présentait une épaisseur et une dureté insolites. Par contre, on constatait une perte de substance assez considérable du côté de la tête de l'humérus, sans qu'on pût découvrir un fragment osseux dans la cavité articulaire. On procéda alors à la résection de la tête de l'humérus. Huit semaines après l'opération, le résultat était assez satisfaisant. Le patient pouvait exécuter avec son bras tous les mouvements actifs, l'élévatinn exceptée.

Crédé. « *Un cas d'extirpation de la rate atteinte de dégénérescence, avec présentation du malade.* » Il s'agit d'un homme de 43 ans qui, dix ans auparavant, s'était heurté la région splénique contre une pierre. Au bout de neuf ans, il sentit se développer dans l'hypochondre drnit une tumeur qui lui occasionnait une grande gêne. De plus, cette tumenr le mettait dans l'impossibilité de maintenir, à l'aide d'un bandage, une hernie inguinale dont il était depuis longtemps affecté. Le patient se résigna à une opération radicale. Une incision fut pratiquée le long du bord externe du droit antérieur, à gauche ; la tumeur, recouverte par l'épiploon et les circonvolutions de l'intestin fut mis à nu. On en fit écouler 1,350 c c. d'un liquide clair, jaunâtre, contenant de la cholestérine. Puis le pédicule fut enserré dans plusieurs ligatures et la tumeur extirpée La guérison se fit par première intention, sans réaction aucune. Mais la convalescence fut tres longue; malgré que la perte de sang eût été minime et que l'appétit fut bon, le patient portait l'empreinte d'une anémie profonde. Un examen du sang, pratiqué quatre semaines après l'opération, indiqua un accroissement du nombre des leucocytes avec diminution currespondante du nombre des globules rouges, qui étaient petits, nucléés (microcytes). Du même coup, la glande thyroïde devint le siége d'une tuméfaction douloureuse. Mais, trois mois plus tard, la composition du sang était redevenue normale et la tuméfaction douloureuse de la thyroïde avait disparu. Le malade a repris son métier de maçon. On n'a noté chez lui ni endolorissement des os, ni tuméfactions ganglinnnaires, ni boulimie, ni exagération de l'appétit génital. L'auteur conclut, à tort, croyons-nous, que les particularités présentées par le sang, du sujet, peu de temps après l'opération, démontrent que la rate est le lieu de transformation des globules blancs en globules rouges.

Braun rappelle que Czerny a pratiqué deux fois l'extirpation de la rate et que les opérés sont morts d'hémorrhagies rebelles.

Langenbech a eu à déplorer cette même complication chez un leucémique auquel il a extirpé la rate.

—Rosenbach (Goettingen.) « *Quelques laparotomies curieuses à mentionner* », une, entre autres, nécessitée par un arrêt des matières fécales, dû à la compression de l'intestin par un abcès du pancréas.

— E. Hahn. « *Sur l'immobilisation du rein mobile, par la voie opératoire.* » L'auteur présente une femme chez laquelle il avait fixé, par des sutures, le rein droit d'abord, et quatre mois plus tard le rein gauche. Cette opération, que Hahn déclare tout à fait inoffensive, ne doit être tentée que lorsque les moyens habituels ont échoué

Landau est d'avis que le procédé vanté par Hahn est à la fois inefficace et dangereux; le rein est fixé dans une situation anormale et les vaisseaux et l'uretère en patiront. Lorsque, par exemple, surviendra une grossesse, ils seront davantage exposés à la compression, dont la conséquence sera une hydronéphrose.

— Busch (Berlin. « *Un cas de désarticulation de l'épaule nécessitée par une ostéite de l'humérus avec paralysie du radial; présentation du malade.* » Le patient, âgé de 21 ans, avait été pris d'une ostéite aiguë du bras, il y a trois ans. Il en avait conservé une fistule qu'on dût dilater, il y a un an, pour extraire des séquestres. Il semble que le nerf radial ait été sectionné à cette occasion. L'opération, en effet, laissa à sa suite une paralysie de la main, qui résista à l'emploi de l'électricité. La plaie a guéri assez vite ; l'épaule et le bras sont restés le siége de violentes douleurs. L'iodure de potassium a été administré sans succès. On enleva avec le ciseau un fragment de l'humérus, dans l'espoir de mettre à jour un abcès central, mais sans résultat. Pour remédier aux douleurs violentes de ce membre frappé d'impuissance fonctionnelle, il ne restait plus qu'à réséquer, ce qu'on fit le 5 mai. L'opération réussit à souhait, et la plaie guérit par première intention sous le pansement de Lister. Le nerf radial était épaissi et adhérait au périoste dans la portion de son trajet où il croise la face interne de l'humérus Ce dernier était fortement épaissi et sclérosé ; le canal central était presque entièrement oblitéré par du tissu osseux compact, au sein duquel s'étaient creusées deux excavations remplies d'une masse gélatiniforme.

— J. Wolff (Berlin). « *Un cas de résection du coude et deux cas de résection de la hanche, avec présentation des malades.* » Résultats excellents au point de vue de la conservation des fonctions.

—Schede (Hambourg). « *Traitement de la fracture classique de l'épiphyse inférieure du radius.* » L'auteur s'attache à faire ressortir les troubles fonctionnels graves qni sont souvent la conséquence de la fracture de l'extrémité inférieure du radius (ankylose partielle des articulations des doigts, adhérences des tendons à leurs gaînes, rétraction des muscles), et que les traités classiques ne mentionnent que d'une façon concise ou point du tout. Ces troubles sont la conséquence de l'immobilisation prolongée que les articulations des mains et des doigts supportent fort mal. C'est pourquoi l'auteur propose de substituer aux appareils plâtrés l'emploi de la gouttière, mais d'une gouttière à disposition spéciale, qui ne s'étend pas au delà de l'articulation métacarpo-phalangienne. De plus, la partie destinée à recevoir la main forme avec le reste de la gouttière un angle de 45° environ, ouvert en haut, du côté de la face palmaire. Le membre est fixé dans cette gouttière au moyen d'une bande de flanelle et de bandes de tartalane imprégnées d'empois. Le malade exécute des mouvements fréquents avec les doigts. En outre, tous les huit jours, on enlève l'appareil pour imprimer des mouvements passifs à la main. Au bout de trois semaines, l'appareil est définitivement enlevé.

Billroth et von Langenbeck restent partisans de l'appareil plâtré, appliqué de telle sorte que les doigts conservent la liberté de leurs mouvements.

— Schede. « *Sur le traitement du genu valgum.* » Chez les jeunes sujets, l'auteur préconise l'ostéoclasie.

— E. Hahn. *Sur trois cas de résection du genou : arthrite suppurée, carie, arthrite fongueuse ; guérison par première intention dans les trois cas.* — Depuis le mois de février 1881, l'auteur a pratiqué vingt-trois fois la résection du genou, trois fois avec lambeau antérieur, vingt fois par le procédé suivant : le membre, rendu exsangue à l'aide de l'appareil d'Esmarch, est fixé dans l'extension. Avec un couteau d'amputation, on sectionne immédiatement au-dessous de la rotule, et en allant de dedans en dehors, le tendon du quadriceps ; l'incision s'arrête à la limite postérieure de la ligne articulaire externe ; elle s'étend en profondeur jusqu'à la surface de l'os. Puis le genou est mis dans la flexion forcée ; la cavité articulaire devient ainsi béante, et on réussit sans peine à extirper la synoviale. rapidement et en totalité Le rétablissement des fonctions du quadriceps a tout autant de chances de se faire qu'avec le procédé de Volkmann (division de la rotule). — D'autre part, Hahn fixe les extrémités osseuses au moyen de clous en acier

d'une longueur de 3 centimètres environ, d'un diamètre de 3 millimètres, munis à l'une des extrémités d'une pointe en forme de trocart, et à l'autre, d'un renflement en forme de tête. Le clou est saisi comme un trocart, enfoncé dans le tibia, et poussé à l'aide du marteau jusque dans le fémur. Trois clous sont plantés de la sorte dans une direction parallèle ; on a soin de les désinfecter préalablement. Au bout de trois semaines, on les retire sans peine en les saisissant avec des tenailles. A ce moment, l'adhérence des surfaces osseuses est en général assez solide. Sur les vingt sujets qu'il a opérés dans l'intervalle indiqué plus haut, l'auteur n'en a perdu que trois : un tuberculeux, un enfant qui fut emporté par le croup, un autre qui succomba à la septicémie.

— KRASKE (Halle). *Des luxations congénitales du pied, avec présentation de malades et de pièces anatomiques.* — Le sujet de la présentation laissait voir un raccourcissement manifeste des jambes, avec épaississement considérable des tibias à leur extrémité inférieure. La malléole interne descendait beaucoup plus bas que la malléole externe. Pieds plats, en légère pronation avec abduction forcée. Il s'agissait, en somme, d'un arrêt de développement du péroné et surtout de l'épiphyse supérieure, par suite duquel la malléole externe s'est trouvée attirée en haut, en même temps que le péroné prenait une position de plus en plus horizontale et la surface articulaire du pied une direction de plus en plus oblique. De là, glissement du pied en dehors et luxation. Cette malformation se rencontrait chez plusieurs personnes de la même famille. La résection de la malléole interne et d'une bonne partie du tarse remédia sensiblement à la difformité.

E. RICKLIN.

ERRATUM. — Dans le compte rendu de la communication de M. Michaël, sur « les tentatives faites pour réaliser l'occlusion de la trachée à la suite des opérations sur la bouche et le larynx, » il faut lire à la treizième ligne du paragraphe, au lieu de « cylindre en or battu » « cylindre en baudruche. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène.

I. TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE BASÉE SUR L'ÉTIOLOGIE, par M. BOUCHARDAT, in-8 de 1,096 et CLXIII pages. Paris, 1882, Germer Baillière et Cie, éditeurs. — II. MANUEL D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE, par le docteur HENRI NAPIER, in-8 de 580 pages. Paris, 1882, G. Masson, éditeur. — III. MANUEL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET INDUSTRIELLE OU RÉSUMÉ PRATIQUE DES ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DES CONSEILS D'HYGIÈNE, par M. EDMOND DUPUY, in-12 de 585 pages. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs. — IV. ENTRETENIMENTOS FAMILIARES SOBRE LA HIGIENE DE LA PRIMERA INFANCIA. par D. FRANCISCO VIDAL SOLARES, 1 vol. in-18 de 113 pages, avec gravures, 1882. Barcelone, librairie E. Puig, — et Paris, chez O. Berthier.

Pendant longtemps, l'hygiène, n'ayant pas d'existence assurée, n'a vécu que d'emprunts ; ces emprunts, elle les faisait à la physique, à la météorologie, à la chimie, à l'architecture, à la pathologie, et trop souvent à l'imagination de ses adeptes. Mais aujourd'hui l'hygiène semble lasse de cette existence précaire, et, après avoir, pendant de nombreuses années, vécu au jour le jour, elle aspire à vouloir posséder des titres de propriété personnelle. Elle commence à se rendre compte qu'elle est en mesure de cultiver et de faire prospérer un terrain indépendant dans les vastes domaines de la science.

C'est le terrain de l'étiologie des maladies qui tend déjà et tendra de plus en plus à se distraire de la pathologie pour former une science à part, le vrai patrimoine de l'hygiène.

Là est l'avenir de cette branche jeune encore de l'arbre des sciences biologiques, mais branche désormais vigoureuse et qui a déjà porté bien des fruits.

C'est que l'étude approfondie des causes qui engendrent les maladies a pour corollaire naturel la prophylaxie de ces maladies, c'est-à-dire la connaissance des moyens qui peuvent combattre ou annuler les effets de ces causes.

I. M. Bouchardat, le doyen de nos professeurs de la Faculté de Paris, nous a fait entrevoir cette *terre promise* de l'hygiène quand il a choisi pour son *grand œuvre* le titre suivant : *Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie.*

C'est bien son grand œuvre que M. Bouchardat vient de publier. Car ce superbe volume, à proportions monumentales, renferme la moelle de l'enseignement départi pendant trente ans à une nombreuse série de générations d'étudiants dans la Faculté la plus peuplée du monde.

Est-ce par une sorte de coquetterie que ce professeur émérite, si fécond en publications de bien des genres, s'est décidé si tard à publier son livre ? La coquetterie est de tous les âges. Et M. Bouchardat, qui est à peine âgé de soixante-seize ans, craignait sans doute d'écarter de sa chaire la foule des étudiants avides de recueillir directement de sa bouche enjouée les éléments d'une science favorite. Nous espérons et nous souhaitons que cette crainte ne se réalisera pas.

Quoiqu'il en soit, merci à M. Bouchardat d'avoir enfin communiqué les résultats de son professorat à ceux des adeptes de l'hygiène qui n'ont pas eu le bonheur de suivre les leçons de la Faculté de Paris.

L'enseignement de l'hygiène est presque neuf encore dans cette Faculté, surtout si l'on ne considère que le nombre des professeurs qui se sont succédés dans la chaire qui est consacrée à cet enseignement.

A peine Desgenettes venait-il de prendre la succession de Noël Hallé, qu'il était obligé de quitter sa chaire à la suite de ce Seize-Mai universitaire qui, en 1823, renouvela, par une épuration exclusivement politique ou religieuse, le personnel enseignant de la Faculté de Paris.

Desgenettes ne reprit ses fonctions de professeur qu'après la révolution de 1830, et quand il mourut, c'est à H. Royer-Collard que la chaire fut accordée à la suite d'un brillant concours.

Royer-Collard, si nous en croyons Louis Peisse, avait le double tort de s'appeler Royer-Collard et de porter des *gants jaunes*.

C'était plutôt un dilettante qu'un serviteur austère de la science, dilettante des plus brillants et des plus instruits, mais homme du monde avant tout. Dans un mémoire des plus importants, il a cependant su jeter des aperçus remarquables sur *les tempéraments considérés dans leurs rapports avec la santé* (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, tome X, page 135).

Royer-Collard, depuis longtemps malade, mourut en 1850.

Un nouveau concours s'ouvrit à la Faculté, qui a été le dernier concours pour le professorat ; M. Bouchardat conquit la chaire d'hygiène, et depuis lors il n'a pas cessé de l'occuper. Jamais il n'a eu recours au système des suppléances. Tous les ans on a vu M. Bouchardat faire son cours avec la plus invariable régularité.

C'est un enseignement aussi prolongé qui nous vaut aujour-

d'hui le beau livre, l'énorme volume que nous annonçons plutôt que nous n'en donnerons l'analyse.

Nous ne saurions, en effet, avoir la prétention d'apprendre à nos lecteurs ce que pense M. Bouchardat de la *misère physiologique*. Tout le monde sait qu'il a eu le mérite de grouper, sous cette dénomination, l'ensemble des maladies qui dépendent d'une mauvaise hygiène : anémie, phthisie, scorbut, etc. Nul n'ignore l'importance que M. Bouchardat fait jouer à l'exercice musculaire, non seulement dans le traitement du diabète, mais aussi dans l'entretien de la santé, etc. Qu'il me suffise de dire que l'ouvrage est divisé en trois grandes parties.

La première traitant du sujet de l'hygiène : de l'homme, des tempéraments, des races, etc.

La deuxième consacrée à l'étude des modificateurs hygiéniques (*ingesta, excreta, gesta, circumfusa, parasites et fermenta, percepta*).

La troisième s'occupant et de l'hygiène générale suivant les âges, les sexes, les professions, et de l'hygiène publique sociale et internationale.

Enfin, dans une section formant une œuvre à part, on trouvera une multitude de notes et de documents sur bien des questions qui n'ont été qu'effleurées dans le corps de l'ouvrage.

Ce livre, nous le répétons, est un véritable monument; c'est une date dans l'histoire de l'hygiène. M. Bouchardat peut dire aujourd'hui, comme Virgile :

Exegi monumentum ære perennius.

Car son ouvrage sera nécessairement consulté désormais par tous ceux, et le nombre en augmente chaque jour, qui s'intéressent à la science de l'hygiène.

Nul hygiéniste de l'avenir ne saura se dispenser de chercher à connaître ce qu'était l'hygiène dans cette période de transition, qui sera marquée dans le troisième quart du dixneuvième siécle, par le professorat de M. Bouchardat.

Ce livre mérite donc de faire époque. Et si quelques jeunes hygiénistes peuvent se plaindre de n'y pas voir suffisamment indiquée la trace de leurs travaux, qu'ils sachent que le Traité de M. Bouchardat n'a ouvert ses pages qu'aux études consacrées par le temps, ne se croyant pas, sans doute, autorisé à guider les pas des futurs hygiénistes qui essayeront de pénétrer plus avant dans les régions peu explorées, au seuil desquelles le maître a seulement voulu conduire ses disciples.

Avant de terminer sa préface, M. Bouchardat a écrit les lignes suivantes :

« Bien des choses que je crois le premier avoir depuis longtemps mis en lumière, sont entrées aujourd'hui dans le domaine commun et sont monnaie courante. Quand on professe depuis bientôt trente ans, qu'on n'a pas publié ce qu'on a annoncé verbalement, c'est un résultat auquel on doit légitimement s'attendre. Le mal est bien léger, si les vérités utiles s'établissent et se propagent, peu importe le nom du premier initiateur. »

Nous protestons contre cet excès de modestie, qui est l'honneur des vrais savants. Le nom de M. Bouchardat restera forcément attaché à trop de chapitres de l'Hygiène. La postérité ne saurait être ingrate.

II. — A côté de cette *hygiène pure*, qui nous semble devoir prendre désormais pour domaine exclusif et indépendant l'étiologie générale des maladies, il y a place à une *hygiène appliquée*.

De cette partie de l'hygiène, seront les études relatives aux âges et aux professions.

M. le professeur Layet montrait dernièrement les ressources et même les richesses que peut offrir l'hygiène appliquée, dans son travail sur l'*Hygiène des Classes Rurales*. Je n'en parlerai pas ici, n'ayant qu'à rappeler à mes lecteurs, pour les engager à lire l'ouvrage, le savant compte rendu qu'en a fait l'un des maîtres de l'hygiène, (1) et lui aussi l'un des plus savants et des plus hardis pionniers de cette branche de la science, M. le professeur Arnould.

C'est encore de l'hygiène appliquée que vient de faire M. Henri Napias dans son manuel d'hygiène industrielle.

« Elargissant chaque jour le cercle où elle se meut, l'hygiène, on le conçoit, doit intéresser, non plus seulement les médecins, mais les architectes et les ingénieurs qui savent s'éclairer de ses lumières et qui aident puissamment à ses progrès, et aussi les administrateurs et les législateurs qui pensent y trouver la solution de certaines questions économiques ou sociales. « L'hygiène publique, a dit Paul Bert, est la moralité des sociétés » ; cette définition montre du même coup et l'importance de son étude et l'utilité de son application. »

Le livre de M. Napias a une utilité pratique des plus évidentes. Tous les documents relatifs à l'organisation de l'hygiène publique, tant en France qu'à l'étranger, toute la législation relative aux établissements industriels classés, toute la législation relative au travail des enfants ; voilà une première partie qui intéresse à la fois les chefs d'industrie, les représentants du gouvernement et les médecins.

Puis vient une série d'études sur les usines et les milieux dans lesquels s'opère le travail industriel : salubrité extérieure, altération des cours d'eaux, température des ateliers, milieu souterrain, machines, que sais-je encore ?

Ensuite on passe en revue les *grands poisons industriels* : plomb, arsenic, mercure, phosphore, sulfure de carbone, cuivre, et les matières fulminantes.

Toutes ces diverses questions sont traitées avec sobriété, avec clarté, et aussi avec cette compétence que l'on se plaît à reconnaître chez le zélé et sympathique secrétaire général de la Société de médecine publique.

Derrière l'écrivain instruit et intelligent qui décrit avec la plus grande lucidité les dangers qui menacent la vie ou la santé des ouvriers dans telle ou telle condition donnée, on entrevoit l'homme qui sent ce qu'il dit. M. Napias a conscience de la mission humanitaire qu'il remplit.

Ce livre est donc mieux qu'un excellent travail, c'est une œuvre utile.

Et, arrivés à une époque où l'on commence enfin à reconnaître l'importance du rôle qui incombe à l'Etat de protéger non seulement les propriétés héréditaires ou acquises de chaque citoyen, mais aussi la vie et la santé qui sont nos premiers biens, on est heureux de trouver condensés dans un bon manuel, les lois, les décrets, les principes, les conseils capables d'améliorer la situation des travailleurs.

Ce volume se termine par un résumé des prescriptions formulées par les conseils d'hygiène en vue des établissements classés, et des diverses professions.

J'ajouterai que, grâce à un double système de tables, le livre de M. Napias est très facile à consulter et ce n'est pas là un mince éloge lorsqu'il s'agit d'un manuel pratique destiné à être entre les mains à la fois d'administrateurs, d'hommes de lois,

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1882, N° 26.

de médecins, d'industriels, de pharmaciens, de fonctionnaires, etc.

III. — M. Edmond Dupuy avait déjà publié l'an dernier un *Manuel d'hygiène publique et industrielle.*

Si le titre n'était suivi d'un correctif, le livre de M. Dupuis semblerait avoir une partie plus générale que le livre de M. Napias; il n'intéressera cependant qu'un public plus restreint. C'est aux membres des conseils d'hygiène que M. Dupuy semble s'être exclusivement adressé. En effet, M. Dupuy, qui cumule les fonctions de pharmacien de 1re classe, de membre du conseil d'hygiène, d'inspecteur des pharmacies de l'arrondissement de Cognac, et le titre d'avocat et de président de la Société de pharmacie de la Charente, commence par indiquer l'organisation des conseils d'hygiène publique et de salubrité et les attributions de ces conseils.

Puis il expose les mesures à prendre et les règles à suivre pour améliorer les conditions hygiéniques des cités, pour prévenir ou combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles, les épizooties, etc.

M. Dupuy s'occupe ensuite de l'organisation des secours médicaux aux indigents, de la salubrité des ateliers, des écoles, des hôpitaux, des casernes, des prisons, etc.; puis enfin des qualités des aliments, des boissons et des médicaments livrés au commerce.

Mais tous ces divers chapitres s'adressent plutôt à des experts, à des inspecteurs, à des fonctionnaires qu'aux savants ou aux intéressés. M. Dupuy n'a pas fait un traité enseignant à chacun l'application pratique de l'hygiène; il n'a cherché qu'à indiquer les règlements qui prescrivent telle ou telle mesure dans l'intérêt de l'hygiène.

Par cela même se trouvera réduit le public qui pourrait avoir besoin et tirer parti d'un ouvrage de ce genre, mais en revanche, il servira de guide et de manuel à tous les membres des conseils d'hygiène de France, à tous les inspecteurs de pharmacie, etc.

IV. — Dans l'hygiène appliquée aux âges, il est une section qui est de beaucoup plus importante au point de vue social. C'est celle qui s'occupe de l'hygiène de la première enfance. Dans une petite brochure très coquettement imprimée à Barcelone, le docteur F. Vidal Solarès, docteur en médecine à la fois de la Faculté de Paris et de la Faculté de Madrid, a réuni, sous forme d'entretiens familiers, une série d'excellentes notions concernant l'hygiène des nouveaux-nés.

Je ferai toutefois une petite critique à M. Vidal Solarès:

Si tout le monde est d'accord en matière d'allaitement sur la préférence à accorder à l'allaitement maternel, il paraît aujourd'hui hasardé de mettre toujours et quand même l'allaitement mercenaire au-dessus de l'allaitement artificiel, mode d'allaitement que notre auteur qualifie de déplorable.

M. Vidal, me semble-t-il, aurait dû faire dès l'abord une distinction suivant que l'allaitement mercenaire est fait par une nourrice sur place ou bien par une nourrice éloignée. Car un allaitement au biberon, sous l'œil de la mère et par les soins de la mère, est souvent préférable à l'envoi dans une campagne isolée d'un enfant confié à une nourrice non surveillée.

Cette réserve faite, j'exprimerai le regret à notre confrère espagnol de ne pas avoir publié une édition française de son opuscule.

Quand on a écrit en français une bonne thèse *sur les tumeurs fibreuses de l'utérus,* quand on connaît si bien la littérature médicale de notre pays (les travaux de nos compatriotes sont cités presque à chaque page), on ne saurait redonter d'écrire en langue française.

Sans doute ce petit livre ne renferme pas beaucoup d'idées originales, c'est un livre destiné à devenir populaire et qui, non seulement rendra des services aux mères de famille, mais pourrait même servir de *vade-mecum* à beaucoup de nos inspecteurs des enfants en nourrice.

Avis aux traducteurs.

PAUL FABRE (de Commentry).

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — *Prix à décerner en 1883.* — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante:

« Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge (diarrhée, dysenterie, choléra infantile). »

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. le docteur Léon RIEUX, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais,* le mémoire couronné.

***

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le docteur L. Landouzy, agrégé, suppléant le professeur Hardy à la Charité, a commencé le 8 août des conférences de clinique qu'il continuera le samedi et le mardi de chaque semaine à 10 heures.

Visite tous les jours à 9 heures

***

— L'Université de Würtzburg, vient de fêter son troisième centenaire; à cette occasion, elle a fait docteurs en médecine *honoris causa,* MM. Ranvier et Charcot; les chirurgiens Lister et Paget de Londres, et la faculté de philosophie a décerné le même honneur aux naturalistes Huseley et J. Lubbock, à M. le sénateur Waddington, au mathématicien Hermitte, à Bill, l'inventeur du téléphone et au prince de Hohenlohe, l'ambassadeur d'Allemagne à Paris.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN.—Par arrêté ministériel du 29 juillet 1882, M. le docteur Cerné (A.-E.) est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le docteur Dorveaux est nommé bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Clermont.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882.

302. M. Momon. De la septicémie péritonéale à la suite de la kélotomie. — 303 M. Wakefield. Recherches sur la nature de la propagation du choléra asiatique. — 304. M. Tourrou. Des plaies non sanglantes et de leur réunion immédiate. — 305. M. Mirpied. Des ulcères syphilitiques du membre inférieur, et en particulier de l'ulcus elevatum tertiaire. — 306. M de Bricon. Du traitement de l'épilepsie. — 307. M. Bonnot. Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée avec déductions cliniques. — 308. M. Froidure. Contribution à l'étude des manifestations musculaires de la syphilis. — 309. M. Roux. Du traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle. — 310. M. Lhoste. Etude sur les accidents laryngés de l'ataxie locomotrice progressive. — 311. M. Ivanichevitch. Etude sur le traitement de l'anus contre nature. — 312. M. Dutertre. De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels. — 313. M. Haussmann. Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin. Etiologie et anatomie pathologique.—314. M. Guérin. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose calculeux.— 315. M. O'Neil. Des maladies d'origine exclusivement paludéenne observées au Rio-Nunez (Côtes occidentales d'Afrique), du 11 août 1866 au 15 novembre 1870.—316. M. Tisné. De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques. — 317. M. Durand-Borda. De la fistule anale chez les enfants. — 318. M. Aubry. Sur l'angine de poitrine. — 319. M. Neurisse. Contribution à l'étude de la dothiénentérie chez les enfants.—320. M. Guillevic. Essai sur les abcès spontanés du cerveau. — 321. M. Vincent. Du prurigo chronique et en particulier du prurigo d'Hébra. — 322. M. Rolland. Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 3 AOUT AU JEUDI 9 AOUT 1882.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 11. — Rougeole 13. — Scarlatine 3. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 38. — Dysenterie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 46. — Phthisie pulmonaire 173.— Autres tuberculoses 8.— Autres affections générales 75 — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 14. — Pneumonie 35. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 82. — au sein et mixte 46. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 65. — de l'appareil circulatoire 47. — de l'appareil respiratoire 54. — de l'appareil digestif 51. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 4. — Total de la semaine: 929 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS : Académie de médecine. Traitement de la fièvre typhoïde par les antizymotiques. — CLINIQUE MÉDICALE : Relevé clinique du service de M. Lancereaux. — MÉDECINE PRATIQUE : Hémorrhagie artérielle produite par une piqûre de sangsue. — CORRESPONDANCE. — REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS : Pancréas. — Un cas de fistule pancréatique. — Kyste volumineux du pancréas ; laparotomie ; mort. — Occlusion intestinale occasionnée par un abcès ayant son point de départ dans le pancréas; laparotomie; mort. — ACADÉMIE DES SCIENCES : Séances des 17 et 24 juillet 1882. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : Séance de 22 août 1882. — SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE : Séance du 22 juin 1882. — BIBLIOGRAPHIE : Etude sur les granulations de Pacchioni, suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-cranienne, avec l'extérieur du crâne. — VARIÉTÉS : Chronique. — Nécrologie. — Démographie. — Thèses. — Librairie. — Feuilleton : Chinese customs.

Paris, 25 août 1882.

Académie de médecine. — TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES ANTIZYMOTIQUES.

La fièvre typhoïde est en train de sévir avec une intensité exceptionnelle sur la population parisienne. Un des représentants les plus éminents du corps médical des hôpitaux, M. Vulpian, a saisi cette occasion de faire connaître les résultats des expériences poursuivies depuis plusieurs mois dans son service en vue d'éprouver la valeur de certaines médications dans le traitement de cette maladie.

L'idée qui a présidé à ces essais a déjà été mentionnée à cette place. En présentant à l'Académie de médecine un travail de M. Hallopeau sur le traitement de la fièvre typhoïde par une médication très complexe, par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine, M. Vulpian avait rappelé que des faits plus ou moins probants parlent en faveur de l'origine parasitaire de la fièvre typhoïde et nous montrent le germe de cette maladie pénétrant dans le tube digestif pour de ce point infester le reste de l'organisme. De là cette préoccupation très naturelle d'aller à la recherche de moyens capables de tuer le poison typhique dans l'intestin où il s'insinue d'abord, et ces moyens, ce ne pouvaient être que des *antizymotiques*, assez peu solubles d'ailleurs pour pouvoir traverser les voies supérieures et atteindre l'intestin sans perdre de leurs propriétés antiseptiques.

C'est sous le coup de cette préoccupation que M. Vulpian a expérimenté tour à tour sur les dothiénentériques de son service hospitalier : l'iodoforme, qui n'a donné que des déboires; le salicylate de bismuth, qui, à côté d'une efficacité relative, a manifesté une tendance à favoriser l'explosion de certains accidents tels que la dyspnée, les hémorrhagies nasales et intestinales ; l'acide borique, qui s'est montré aussi inefficace que l'iodoforme ; enfin, l'acide salicylique, sur lequel M. Vulpian a cru devoir attirer à nouveau l'attention de l'Académie. En l'administrant à faibles doses, un, deux, trois grammes, dans les vingt-quatre heures, les résultats ont été à peu près nuls; mais, en poussant à des doses quotidiennes plus élevées, en prescrivant jusqu'à six et sept grammes d'acide salicylique pur, par prises de vingt-cinq centigrammes données toutes les demi-heures, M. Vulpian a cru reconnaître qu'il en résultait dans la marche de la maladie une atténuation à la fois très marquée et durable. Chez quelques malades, il est vrai, on a noté des accidents de salicylisme, un délire prompt à disparaître après suppression du médicament, un peu d'albuminurie, mais c'était l'exception. Le plus souvent, aux doses indiquées, l'acide salicylique était très bien supporté, et son action salutaire se manifestait par une amélioration considérable de l'état général et des fonctions psychiques, mais surtout par des abaissements de température ayant un caractère de permanence qu'on n'observe point avec d'autres antipyrétiques, avec l'acide phénique, par exemple.

Voilà qui ne cadre guère avec les faits observés par d'autres

FEUILLETON

VIII. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes-rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Les missionnaires catholiques et les missions protestantes. — Ecoles et dispensaires. — Le rôle de la médecine occidentale dans l'extrême Orient.

Je viens de montrer un vieux monde ruiné et décrépit. Je montrerai maintenant un monde nouveau, actif, énergique, créateur. Les éléments de vie qu'il cherche à semer sur ces terrains usés sont-ils voués à une évolution féconde? Nous devons le croire. Entre la vie et la mort, la lutte ne saurait être douteuse ; — ou, si l'on veut, entre la jeunesse et la vieillesse, — car, auprès de la Chine décrépite, notre vieille Europe paraît jeune encore.

Les missionnaires catholiques, dès qu'ils ont pénétré dans des contrées fermées jusqu'alors à la civilisation européenne, s'empressent de fonder des écoles et des orphelinats. Les missions protestantes établissent, dès la première heure, des dispensaires et des hôpitaux. Là apparaît l'instituteur, ici le médecin. Les premiers représentent au loin le drapeau et l'influence de la France, les seconds le drapeau et l'influence britanniques.

Si, dans les contrées dont il est ici question, c'est-à-dire dans la Chine elle-même, on cherchait à faire la part réelle de ces deux drapeaux et de ces deux influences, on verrait les couleurs britanniques flotter au loin sur de vastes espaces, et se réfléchir par toutes les mers et tous les estuaires au bord desquels l'Occident a mis le pied, — alors que les nôtres n'apparaissent que de loin en loin et ne rayonnent que dans des limites modestes. Mais si l'on va au fond des choses, on ne tarde pas à s'apercevoir que, alors que le drapeau de la France brille d'un moindre éclat sur les rivages du Céleste-Empire, son influence effective ne le cède guère

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février, 18 mars, 8 avril, 3 juin et 1er juillet.

cliniciens; car, M. Vulpian a eu bien soin de le rappeler, l'idée d'appliquer l'acide salicylique au traitement de la fièvre typhoïde n'est rien moins qu'une innovation. Il n'est peut-être pas, en Allemagne, de clinique d'une certaine importance qui n'ait publié sa statistique sur des cas plus ou moins nombreux de fièvre typhoïde traités par la médication salicylée. En France, des essais du même genre ont été poursuivis dans différents hôpitaux, et déjà en 1877, lors de la discussion retentissante que souleva à l'Académie de médecine une communication de M. G. Sée sur l'acide salicylique, MM. Guéneau de Mussy, Hérard, Jaccoud, Oulmont, apportaient leur contingent de faits, lesquels semblaient établir que si les préparations salicylées administrées dans les cas de dothiénenterie réussissent à abaisser la température, la défervescence n'est que transitoire. M. G. Sée déclarait textuellement n'avoir jamais, dans ses observations de fièvre typhoïde, noté une défervescence vraie et durable, mais seulement des abaissements temporaires de la température variant de quelques dixièmes de degré; il ajoutait, en manière de conclusion, que « l'acide salicylique ne saurait être considéré comme un antipyrétique (1). »

Comment expliquer ce désaccord entre les résultats du passé et ceux qu'annonce M. Vulpian? Ses succès seraient-ils imputables à une manière plus habile d'administrer l'acide salicylique, à la continuité d'aministration du médicament donné par petites prises espacées à de faibles intervalles? Noue le souhaitons, comme nous craignons que M. Vulpian ne soit tombé sur la série heureuse, et que le *génie épidémique* du moment se soit laissé fléchir par une médication qui, en d'autres mains, se montrera peut-être bientôt aussi inefficace qu'elle l'a été dans le passé. M. Vulpian a dû prévoir les dénégations prochaines. Raison de plus d'applaudir au courage qui l'a poussé à venir, sans prévention et sans crainte de déchoir, communiquer à ses collègues de l'Académie les résultats de ses tentatives thérapeutiques. Par ce temps de nihilisme en matière de traitement, les médecins aux prises avec une maladie qui s'accommode encore fort mal de l'expectation seront heureux de se placer sous l'égide d'un maître justement estimé, pour s'abandonner, en toute confiance, à une médication qui a presque l'attrait du renouveau, et la foi fait des prodiges.

Reste la question de principe sur laquelle nous avons à cœur de dire quelques mots. M. Vulpian semble aujourd'hui en faire bon marché, car, dans le cours de sa communication, il a déclaré, avec une entière franchise, qu'on avait beau détruire le ferment typhique dans l'intestin du malade, la fièvre typhoïde une fois constituée n'en continue pas moins son évolution. Aveu bon à retenir. Nous l'avions quelque peu prévu, lorsque, timidement, comme il convenait en présence d'un homme d'une si grande autorité, nous faisions remarquer que si les projets parasiticides de M. Vulpian avaient réellement pour objectif de juguler la fièvre typhoïde, les agents destructeurs, une fois parvenus dans l'intestin du malade, auraient encore bien du chemin à parcourir pour atteindre les microbes. Aujourd'hui, M. Vulpian est résigné à admettre que si l'acide salycilique produit des effets salutaires dans les cas de fièvre typhoïde, c'est à tout autre titre qu'à celui d'antizymotique. Le physiologiste veut bien se souvenir qu'à côté des microbes envahisseurs il y a des éléments anatomiques atteints dans leur structure et leurs fonctions, et que le médicament n'agit peut-être pas d'une autre façon qu'en supprimant le trouble nutritif ou fonctionnel de ces éléments. Il nous représente l'organisme comme un vrai tonneau des Danaïdes, où les liquides s'échappent par un bout à mesure qu'ils entrent par l'autre, et alors, que peuvent cinq, six et sept grammes d'une substance comme l'acide salicylique, s'éparpillant par petites fractions dans une masse de sang en rénovation incessante et où pullulent des myriades de microbes?

Nous avions donc raison de soutenir en mainte circonstance que c'était une illusion dangereuse d'aller à la recherche d'un traitement causal dans les cas de maladies zymotiques. Une fois l'organisme envahi par les microbes, ceux-ci échappent à nos moyens d'action, et il ne nous reste plus qu'à tourner nos efforts à maintenir les troubles fonctionnels et les altérations de la structure intime des organes dans des limites conciliables avec le retour à l'état normal ou du moins avec la persistance de la vie. Il est singulier que les médecins n'aient pas su tirer profit, comme il convenait, des observations que la chirurgie contemporaine leur offre à foison. Les chirurgiens font aujourd'hui merveille avec le pansement antiseptique. Ils pratiquent les plus audacieuses mutilations, certains d'ob-

(1) *Communication à l'Académie de médecine.* Séance du 26 juin 1877.

à celle de ses rivaux, et qu'assurément elle pénètre bien plus avant au cœur de l'Empire.

Ceci peut se traduire en chiffres. On lit dans le *Journal des missions évangéliques* (août 1876) qu'en 1875 la Chine ne contenait que près de 12.000 chrétiens protestants. Cependant, cette même confession tient en ses mains l'immense majorité des transactions commerciales et se trouve presque exclusivement représentée parmi les résidents des stations occidentales de l'extrême Orient. Or, la seule province de Kiang-Nan renferme 100,000 chrétiens catholiques, comme j'ai pu m'en assurer sur les registres de la procure des jésuites à Shanghaï, et l'œuvre des Lazaristes, comme des missions étrangères, élève à plus d'un million le nombre des Chinois affiliés au culte catholique dans l'empire du Milieu.

C'est au nom de la France, nous ne devons pas l'oublier ici, que se fait cette lente mais effective propagande des idées religieuses.

Ces remarques étaient nécessaires pour expliquer comment, dans les développements qui vont suivre, il ne sera question que d'institutions anglaises, et pourquoi les *Medical Customs reports* ne sont rédigés, à bien peu de choses près, que par des médecins anglais. Il y a depuis de longues années un médecin français à Shanghaï; je ne crois pas qu'il en existe aucun autre de notre nationalité dans les ports ouverts. Les rares travaux dûs à nos compatriotes sur les choses médicales de la Chine sont l'œuvre exclusive des médecins de la marine ou de l'armée, que leur service appelle périodiquement dans ces régions lointaines et dont l'un, le docteur Murache, médecin militaire, a publié une des monographies les plus exactes que je connaisse sur le Céleste Sarpire.

Je me propose de faire connaître les résultats obtenus par les missions évangéliques sur un terrain qui leur appartient exclusivement, et dont les produits auront certainement une grande part dans l'œuvre commencée du rapprochement de notre Société avec la Société chinoise. C'est à la médecine et aux médecins qu'en appartiendra l'honneur. Et ce n'est pas, je l'ai déja exprimé, et je me plais à le répéter, sans un vif sentiment d'admiration, que j'ai pu reconnaître le zèle froid et méthodique avec lequel cet instrument de civilisation, plus éclairé que ne le sont en général les apôtres plus ardents, mais non plus dévoués, de la première heure, ont bravé les périls et les répugnances des premières tentatives, et continuent aujourd'hui, avec plus de certitude et de sécurité, des

tenir à la faveur d'un pansement approprié une cicatrisation par première intention. Mais là où ils comptent encore des insuccès, ils sont presque toujours amenés à nous dire : le pansement a été appliqué trop tard, à un moment où les accidents infectieux qui ont emporté le patient étaient déjà développés.

Toutes les ressources de la médication antiseptique ne peuvent donc rien contre les germes infectieux, une fois que ceux-ci ont étendu leurs ravages dans l'organisme. C'est tout au plus si, à doses immodérées, les antizymotiques engendreront ces accidents toxiques, souvent mortels, contre lesquels les chirurgiens sont en train de se débattre. Or, ce qui est l'exception en chirurgie est la règle en médecine ; lorsque nous sommes appelés à combattre les fièvres infectieuses, la période d'incubation est depuis longtemps écoulée. Nous ne savons ce que sont devenus les microbes, mais nous nous trouvons aux prises avec l'incendie qu'ils ont allumée. Si donc la prophylaxie a tout à attendre des théories parasitaires, c'est tout au plus si la thérapeutique, avide de rationalisme, leur empruntera des tendances fâcheuses qui aboutiront à réhabiliter l'empirisme, et les *dilettantes* de la médecine physiologique ne seront pas seuls à le déplorer.

E. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Relevé clinique du service de M. le docteur Lancereaux. — Hôpital de la Pitié (année 1881). — Par M. Octave Guelliot, interne du service.

Suite. — Voir les numéros 31, 32 et 33.

15. *Pleurésie gauche avec épanchement, thoracentèse ; phlébites iliaques, embolies pulmonaires et mort.* — D..., Eugénie, 34 ans, couturière, entrée le 5 août à la salle Lorain, no 31. Bonne santé habituelle, sauf des accidents dyspeptiques pour lesquels elle a été soignée à la Charité en 1880. 1er août, sueurs abondantes, — 2, vomissements, douleur peu vive au niveau de l'angle de l'omoplate gauche

6 : Matité complète à la base du poumon gauche jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate ; le cœur est dévié et sa pointe est à 3 centimètres du bord sternal. De ce côté, la poitrine est bombée et les vibrations thoraciques sont abolies. La résonnance à la percussion est augmentée sous la clavicule. A l'auscultation, abolition du murmure respiratoire, souffle, égophonie. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Diarrhée. — Vésicatoire à gauche.

9. L'épanchement diminue. L'état général est bon.

Le 11 au matin, nous trouvons la malade extrêmement gênée : elle a eu plusieurs accès d'étouffement pendant la nuit ; l'épanchement est considérable : la matité s'étend jusqu'au sommet et le murmure vesiculaire est aboli dans toute la hauteur du poumon. Le cœur est très dévié ; la pointe bat près de l'appendice xiphoïde ; le pouls est faible. T. 39o. Nous pratiquons immédiatement la ponction et nous retirons un peu plus d'un litre de liquide citrin un peu louche, qui, cependant, ne contient pas de leucocytes. Le soir, la pointe du cœur s'est reportée de 4 centimètres à gauche ; la matité s'arrête à un travers de doigt au-dessous de l'angle du scapulum.

Tout va bien, lorsque, le 13, la malade est prise d'oppression ; les jours suivants, la dyspnée augmente ; la respiration est haute et fréquente ; le pouls est à 130, 140.

18. Les lèvres sont cyanosées, la respiration très fréquente (type costal supérieur). Cependant l'épanchement remonte à peine au-dessous de l'angle de l'omoplate. L'égophonie persiste, le souffle est fort et tubaire. A droite la respiration est normale. La diarrhée est toujours très abondante.

19. La dyspnée augmente encore, et la malade meurt à 7 heures du soir.

Autopsie : Le cœur est chargé de graisse sur sa face antérieure ; les cavités sont remplies de caillots fibrineux et de sang noir liquide. Les orifices sont sains. L'aorte n'est pas altérée.

Le poumon droit est libre, sans adhérences, légèrement emphysémateux ; on aperçoit à sa surface quelques granulations tuberculeuses. *Les branches de second ordre de l'artère pulmonaire sont entièrement oblitérées par des bouchons fibrineux erratiques qui viennent certainement d'une veine ;* ils portent en effet des empreintes valvulaires : ils sont un peu adhérents et doivent par conséquent être là depuis quelques jours. A la coupe, on trouve le parenchyme pulmonaire œdematié ;

travaux que dirigent une constance à toute épreuve et une patience infatigable.

Une station de la *Medical missionary Society* avait été établie en 1840 dans les îles Chusan, situées à l'embouchure du Yangtz', et que les Anglais avaient occupées dès le début de la guerre. Elle fut abandonnée lors de l'ouverture du port de Shanghaï où fut fondé, en 1844, l'hôpital chinois que nous verrons tout à l'heure fonctionner en pleine activité.

Les missions évangéliques d'Angleterre sont les suivantes : *Société biblique britannique et étrangère ; — Société des missions Wesleyennee ; — Société des missions de Londres ; — Société des missions de l'église établie.* Ces diverses associations ont eu des sommes énormes à leur disposition. Les missionnaires évangéliques en Chine étaient, en 1875, au nombre de 226, dont 109 Anglais, 99 Américains et 18 Allemands, répartis dans 41 stations.

(A suivre.)

Mission scientifique. — M. le docteur Paul Neis, médecin de première classe de la marine, est chargé, par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 7 août, d'une mission scientifique dans la Cochinchine française

***

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — L'ouverture de ce concours aura lieu le 9 octobre 1882, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Les registres d'inscription seront ouverts tous les jours, de onze heures à trois heures — les dimanches exceptés — du 4 au 23 septembre inclusivement.

***

Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.—Ce concours s'ouvrira le 10 octobre 1882, à quatre heures précises du soir.

Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours — les dimanches et fêtes exceptés — du 4 au 28 septembre inclusivement, de onze heures à trois heures.

***

trois ou quatre granulations tuberculeuses à leur début — à gauche, la plèvre contient un demi-litre ou un litre de liquide séreux; des fausses membranes entourent le poumon revenu sur lui-même; elles relient le poumon à la paroi centrale et contiennent quelques points jaunâtres assez semblables à des tubercules en voie de formation. Dans les branches de division de l'artère pulmonaire, existent des bouchons emboliques de petit volume. La parenchyme de l'organe, œdématié au sommet, affaissé à la base, ne contient pas de tubercules.

Rien à noter au foie, aux reins, à la rate, au tube digestif.

Restait à trouver l'origine des embolies. La jambe droite est un peu œdématiée et les veines superficielles sont dilatées. La partie inférieure de la veine cave est obstruée par un bouchon du volume du pouce, et d'une longueur de cinq centimètres, à cheval sur l'éperon de bifurcation; il se prolonge d'un demi-centimètre dans l'iliaque gauche, et de huit à dix centimetres dans l'iliaque droite; au-dessous de ce prolongement, il existe un caillot secondaire, noirâtre et récent. De ce côté le caillot adhère intérieurement à la paroi, au moyen de fausses membranes rougeâtres, et comme, à ce niveau, il n'existe pas de valvules, on doit supposer qu'il s'agit d'une plébite plutôt que d'une thrombose. La veine hypogastrique droite est également bourrée de caillots qui semblent presque aussi anciens que ceux de l'iliaque externe.

Ainsi, dans le cours d'une pleurésie qui semble évoluer régulièrement, il se fait insidieusement, sans que l'on s'en doute, une thrombose iliaque; des caillots se détachent, vont obstruer les ramifications de l'arbre pulmonaire et tuent le malade. Les caractères anatomiques de ces caillots indiquent leur origine et font rechercher la lésion veineuse primitive.

A coté de la pleurésie dite *a frigore* on a admis un certain nombre de variétés que nous avons été à même d'observer.

16. Le 21 mars, un jeune homme de 24 ans se présente avec un épanchement pleurétique double, plus abondant à droite; le lendemain matin, c'est à gauche que l'on trouve la plus grande quantité de liquide. La variation des symptômes physiques fait penser à une *pleurésie rhumatismale*: on apprend, en effet, que le malade a eu des douleurs articulaires aiguës en 1875, et, comme pour confirmer le diagnostic, il se produit une péricardite légere, puis une arthrite du genou. (25 mars) — Salycilate de soude. — Le 28, il n'existe plus qu'un faible épanchement à gauche; le lendemain la température tombe, et le 4 avril le malade quitte l'hôpital

Quelques auteurs décrivent une *pleurésie blennorrhagique*: Voici le tres court résumé d'une observation qui montre combien il faut être réservé dans la détermination du diagnostic:

17. B... (J.-B.), 29 ans, charretier, entré le 17 juin (Piorry, nº 29). Antécédents alcooliques; ivresse presque quotidienne. Il y a 3 ans, chaude-pisse, puis goutte militaire. Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate un *écoulement uréthral* purulent, non douloureux, dont le malade n'a pas l'air de se douter, pas d'hématurie. La *pleurésie* pour laquelle il vient se faire soigner remonte à quinze jours: matité dans les 2/3 inférieurs du poumon droit. État général mauvais: prostration et délire, épistaxis, incontinence d'urine — 22 juin, thoracentèse: deux litres de liquide jaune-citron contenant quelques globules rouges, mais pas de leucocytes. A ce moment, la bourse séreuse olécranienne devint le siège d'un *hygroma* à marche aiguë, qui s'ouvre spontanément le 1er juillet, en laissant couler une sérosité sanguinolente, sans mélange de pus — Le malade, complétement rétabli, part pour Vincennes le 25 juillet. Mais il ne tarde pas à revenir (21 septembre), cette fois avec tous les signes d'une *tuberculose aiguë*, à laquelle il succombe bientôt. On constate que l'écoulement uréthral existe toujours.

Autopsie: Infiltration granuleuse des deux poumons; traces de l'ancienne pleurésie à droite, tubercules dans le foie, la rate, les intestins — *Granulations miliaires sur le col de la vessie et dans la région prostatique de l'urèthre* (diagnostic anatomique confirmé par l'examen histologique).

Dans ces conditions le diagnostic paraissait assez simple: la coïncidence d'un écoulement uréthral, d'un hygroma et d'une pleurésie semblait légitimer l'épithète de *blennorrhagique* appliquée à tous ces accidents, et si le malade n'était pas revenu mourir de granulie, l'observation eût paru concluante. On ne peut cependant guère admettre que le premier écoulement était de nature vénérienne, et il est beaucoup plus logique de mettre toutes les manifestations, du côté de la plèvre, de la bourse séreuse et de l'uréthre, sur le compte d'une tuberculose commençante.

8. Rhumatisme articulaire aigu.

Nous ne nous occupons ici que du rhumatisme aigu franc, caractérisé par une poussée du côté des articulations, de la fièvre, des sueurs, etc., et qui est mieux appelé: *fièvre rhumatismale*. Nous laissons donc absolument de côté, pour le moment, les affections articulaires décrites sous les noms de rhumatisme noueux, déformant, subaigu, etc.

Sur 31 cas, on a constaté deux fois des symptômes de péricardite, et 15 fois ceux d'une *endocardite rhumatismale*: (frémissement cataire, souffle rude), évoluant sous nos yeux ou s'étant développée pendant des attaques antérieures. La *loi de coïncidence* de Bouillaud s'est donc vérifiée dans la moitié des observations.

Deux de nos malades ont eu de la pleurésie; une fois la fluxion articulaire et l'endocardite ont apparu chez un tuberculeux, exception qui n'infirme pas la régle d'incompatibilité ordinaire entre ces deux affections. Enfin, un rhumatisant avait eu jadis la chorée; il est entré au quinzième jour d'une premiere attaque de rhumatisme, et au huitième jour d'un urticaire; dès le premier jour, on a constaté l'existence d'une insuffisance aortique qui paraissait de date ancienne.

(A suivre.)

MÉDECINE PRATIQUE

Hémorrhagie artérielle produite par une piqure de sangsue, par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Bien que les cas de piqûre d'artère par une sangsue aient dû se présenter peut-être souvent dans l'histoire de la pratique médicale, la relation détaillée d'aucun fait, dans les annales de la science, n'est venue à ma connaissance.

Dans le traité de J. Hodgson (1), on ne trouve que les lignes suivantes à propos de l'application du caustique aux hémorrhagies artérielles: « Il est quelques hémorrhagies des petites

(1) *Traité des maladies des artères et des veines*, traduit de l'anglais par Gilbert Breschet, t. II, p. 327. Paris et Montpellier, 1817.

artérioles dans lesquelles il (le caustique) sert efficacement. Lorsque l'écoulement du sang par les piqûres de sangsues ne peut être arrêté au moyen de la compression ou de doux styptiques, l'application du caustique, en formant une eschare sur la surface saignante remplira, en général, cet objet. »

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* (1) ont signalé très brièvement des cas très sérieux d'hémorrhagie par piqûre de sangsue dans un passage qui a été souvent reproduit : « M. Marjolin, disent-ils, a vu mourir un enfant par suite d'une hémorrhagie résultant de l'ouverture d'une artère située dans la région inguinale ; Richerand a failli en perdre un dont l'artère temporale avait été ouverte. » Un peu plus loin on apprend que la cautérisation avec le fer rouge a réussi, dans le cas rapporté par Richerand, à arrêter l'hémorrhagie.

D'autre part, dans le *Manuel de Petite chirurgie* de Jamain et Terrier (1880 p. 891), on lit à propos de l'écoulement du sang par les piqûres de sangsues : « Ce sang coule toujours en nappe, à moins que quelque vaisseau artériel un peu volumineux n'ait été blessé, ce qui est assez rare. » — Et c'est tout.

Il m'a donc paru intéressant de rapporter le cas suivant :

M. C... (Louis), natif de la Creuse, âgé de trente-huit ans et demi, est entrepreneur de maçonnerie à Commentry. C'est un homme d'une taille moyenne qui jusqu'à ces dernières années était très sujet aux épistaxis. Mais depuis un an et demi les épistaxis avaient été bien moins fréquentes.

Le 18 novembre dernier, Louis C... se trouvant dans une carrière de pierre, s'aidait d'un ringard pour soulever un moëllon, lorsque le ringard lâcha prise et vint frapper son genou gauche à la face interne. Le choc fut violent, mais la douleur qu'il en ressentit n'empêcha pas Louis C... de continuer son travail. Cependant, au bout de quelques heures, la douleur allant en augmentant et son genou se mettant à enfler, C... se décida à se rendre tout en boitant à son domicile.

On me fit appeler. Je trouvai cet homme étendu sur son lit poussant des cris à chaque mouvement qu'on imprimait à sa jambe gauche. Le genou, surtout à la face interne, était le siège d'un épanchement considérable. Le patient, aussi bien que son entourage, semblait désirer une application de sangsues *loco dolenti*. J'accédai d'autant plus facilement à ce désir que depuis mon arrivée à Commentry, les bons résultats que j'ai vu obtenir à mes confrères de l'emploi des sangsues dans les cas de traumatisme avec épanchement sanguin de date récente, m'ont réconcilié avec ces annélides, peut-être un peu trop, sinon honnis, du moins négligés et oubliés par nos maîtres des hôpitaux de Paris. Je prescrivis l'application de quatre sangsues en ayant soin de montrer à Mme C... le trajet de la saphène interne, pour qu'elle évitât de mettre les sangsues dans le voisinage de cette veine. J'ajoutai, d'ailleurs, que si par hasard, après que les sangsues se sont détachées, les piqûres saignaient trop longtemps et trop abondamment, il suffit d'appliquer un morceau d'amadou sur les piqûres et de les comprimer un peu pour arrêter facilement l'écoulement du sang.

Trois heures et demie après, Mlle C... arrivait chez moi, pleurant et me priant de venir revoir son père, qui perdait tout son sang par une des piqûres ; rien ne pouvait arrêter l'hémorrhagie. Je me rendis à l'appel du patient, tout en maugréant contre la maladresse de son entourage.

Louis C... était en effet très pâle, mais plutôt par suite de l'émotion qu'il éprouvait qu'en raison de l'abondance de l'hémorrhagie, qui, quoique assez sérieuse, n'était pas capable d'avoir produit un tel degré d'anémie. Trois hommes se tenaient près de son lit, qui avaient cherché à murer le sang dans la jambe du patient. Ils s'étaient en effet servi de plâtre pour arrêter l'écoulement, et ils en avaient mis assez pour former une couche d'environ trois centimètres autour du genou. Mais, peine inutile ! le sang détrempait et rougissait le plâtre : l'hémorrhagie continuait; et les trois amis de Louis C..., transformés en infirmiers, voyaient avec désolation échouer leur tentative suprême d'investissement de l'hémorrhagie. Je dis suprême car on avait eu recours d'abord à une compression par le doigt, mais excessivement légère, puis à l'amadou dont on avait recouvert, en l'appliquant fort doucement, la face interne du genou et enfin aux toiles d'araignée et même au linge brûlé.

En enlevant cette véritable cuirasse de plâtre, je vis un jet de sang rutilant, jet saccadé, intermittent et synchrone au mouvement du pouls radial. La pression en avant et au-dessous de la piqûre n'arrêtait point l'hémorrhagie, tandis que l'écoulement cessait dès qu'on comprimait en arrière et au-dessus. Il n'y avait pas à en douter, une artère avait été ouverte. Je pris un tout petit fragment d'agaric de chêne que j'introduisis dans l'ouverture triangulaire qu'avait faite la sangsue à travers la peau. Par-dessus j'en plaçai un morceau un peu plus grand, sur ce deuxième morceau un troisième plus grand encore, puis j'appliquai une petite compresse trempée dans de l'eau fraîche, qui s'étendait sur les deux autres piqûres (une des sangsues ayant refusé de prendre). Je passai ensuite une bande roulée et assez fortement serrée autour du genou.

C'est alors qu'on me narra l'événement dans tous ses détails :

On avait mis les quatre sangsues dans un verre à Madère, qui fut placé directement sur la face interne du genou, mais le verre débordait, en bas, la bosse sanguine déjà existante. Deux des sangsues se fixèrent rapidement au niveau de l'épanchement ; la troisième fut très longue à s'attacher, elle se plaça à la partie la plus déclive sur la tubérosité interne du tibia, au delà des limites de la bosse sanguine. Louis C... prétend avoir ressenti une douleur excessive de la piqûre de cette sangsue, alors qu'elle faisait son ouverture.

La quatrième sangsue refusa de prendre. Le verre fut enlevé, les trois sangsues restant en place ; mais on ne tarda pas à remarquer que celle qui s'était fixée la dernière laissait passer du sang à son extrémité postérieure. Les deux autres tombèrent presque en même temps au bout d'environ une heure, mais la troisième était loin d'être gorgée, et ce n'est qu'au bout de deux heures un quart, que, ne la voyant pas se détacher, on se décida à la faire tomber en la saupoudrant de tabac à priser. Alors commencèrent les manœuvres hémostatiques dont j'ai parlé plus haut et qui se terminèrent par mon intervention.

Dès le lendemain, je défaisais le pansement qui n'était presque pas souillé de sang. Je laissai en place l'agaric qui s'était collé et je roulai une bande beaucoup moins serrée que la précédente. Louis C... devait garder le lit.

Toute hémorrhagie d'ailleurs était bien passée. Le troisième jour, il ne restait qu'un peu d'amadou qui fut enlevé le jour suivant. La douleur était nulle. La bosse sanguine était affaissée, une ecchymose marquait sa place. Autour de la piqûre artérielle, on sentait une légère induration qui persista une

(1) Bérard et Denonvilliers. *Compendium de chirurgie pratique*, t. 1, p. 140.

quinzaine de jours, et, à ce niveau, la pression était un peu douloureuse.

Au commencement de décembre, la cicatrice avait d'ailleurs la même forme trifurquée, la même coloration que les deux autres cicatrices. Elle était située à environ trois centimètres au-dessous de l'interligne articulaire, derrière le tendon du muscle *demi-tendineux*.

Evidemment, c'était l'artère articulaire inférieure interne qui avait été piquée par la sangsue.

REMARQUES

Dans cette observation, les particularités suivantes me paraissent devoir mériter surtout d'attirer l'attention.

1o La possibilité, par une sangsue, d'aller léser une artère, même placée sous une aponévrose résistante. Cette lésion, dans le cas actuel, a pu être favorisée par la résistance de la tubérosité interne du tibia, tubérosité sur laquelle l'artère se trouvait appliquée.

2o La vivacité de la douleur ressentie par le sujet de mon observation lors de la piqûre de cette sangsue.

3o La durée de cette douleur correspondant au temps que la sangsue a mis à se fixer.

4o L'écoulement de sang le long de cette sangsue tout le temps qu'elle est restée fixée. De cet écoulement les assistants donnèrent l'explication suivante : Cette sangsue était une sangsue d'une mauvaise espèce, c'était une *sangsue de cheval*, avait dit une voisine, et ces sangsues présenteraient cette particularité qu'elles sont percées à leurs deux extrémités, cela les empêche de se gorger, et c'est pourquoi, au bout de deux heures un quart, on avait été obligé de faire tomber la sangsue vorace, sans qu'elle fut aussi pleine que les deux autres sangsues qui s'étaient détachées d'elles-mêmes au bout d'une heure.

Je demandai à les examiner toutes les trois. On me les envoya, et je les ai gardées vivantes pendant plus de neuf mois.

Toutes les trois étaient bien des sangsues d'une même espèce, des sangsues vertes (*hirudo officinalis*).

Aucune d'elles n'avait la ventouse postérieure sectionnée, aucune n'avait l'abdomen perforé.

Mais il me semble que l'on s'explique facilement cet écoulement de sang le long de la sangsue pendant qu'elle était attachée, par cette considération : que les tuniques artérielles sont trop élastiques pour que la plaie faite à l'artère ne soit pas devenue oblongue, comme cela arrive dans toute incision artérielle, lorsque l'incision n'est pas perpendiculaire à l'axe du vaisseau. — L'ouverture de l'artère devait donc dépasser les dimensions de la piqûre faite par les mâchoires de l'annélide, et échapper à l'aspiration de la ventouse buccale. — Par contre, le sang échappait également et en grande partie à la succion de la sangsue, d'autant plus qu'il était lancé par un jet intermittent.

CORRESPONDANCE.

« A Monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette médicale,

« Paris, le 6 août 1882.

« Monsieur le Rédacteur,

« Je viens de lire dans la Gazette médicale du 29 juillet une note de MM. Ballet et Denatif; relative à un cas de contracture survenue, à la suite d'un traumatisme, chez une hystéro-épileptique de la Salpêtrière, qui contient les lignes suivantes :

« Bucq... est une des plus anciennes pensionnaires de la division « des épileptiques simples; elle appartient à la catégorie des hys- « téro-épileptiques à crises distinctes... La malade a été affectée à « la fois d'hystérie et du mal comitial, mais *depuis longtemps elle « ne présente plus que des accès épileptiques*. Il y a déjà quatre « ou cinq ans qu'elle n'a plus d'attaques. »

Plus d'un lecteur de la Gazette médicale aura reconnu dans Bucq... la nommée Bucquet pour y avoir lu son histoire dans les rapports de M. Dumontpallier sur la métalloscopie et la métallothérapie, et nous ne serons peut-être pas le seul à exprimer cette opinion qu'il eût été intéressant, sinon juste, de rappeler à ceux qui l'ont oublié et de dire à ceux qui l'ignorent quel est le traitement qui avait fait jouir la malade d'une si longue accalmie au point de vue de son hystérie. Permettez-moi, monsieur le rédacteur, comme partie intéressée, de combler cette lacune.

Bucquet est une vieille connaissance de la métallothérapie. C'est une des premières malades sur lesquelles je fis mes expériences à la Salpêtrière en 1876, et c'est elle précisément qui nous valut l'honneur insigne de faire venir M. le professeur Charcot à ce que, l'un des premiers, il a bien voulu appeler le Burquisme. Le passage suivant, que j'extrais du compte rendu de la séance du 13 janvier 1877 de la Société de biologie, dira dans quelle circonstance mémorable se fit ici la conversion du maître :

« M. Charcot : Je désire faire à la Société une simple commu- « nication sur des recherches dont elle sera saisie ultérieurement « plus en détail. Il s'agit des recherches de M. Burq. Jusqu'ici « j'avais été entraîné à croire que la métallothérapie ne reposait « point sur des bases bien solides ; j'étais incrédule. Un jour ce- « pendant ma conviction s'est faite, et voici comment :

« Me trouvant près d'une hystérique (Bucquet) de mon service, « je voulus montrer à mes élèves l'étendue de ses zones anesthési- « ques, je la piquai fortement; mais, au lieu d'une insensibilité « complète comme j'étais habitué à l'observer, je trouvai une « sensibilité très manifeste ; la malade criait, et elle me dit : « Mais ce n'est plus comme les autres fois ; M. Burq a passé « ce matin. « Je me fis donner quelques explications. M. Burq, « avant ma visite, avait appliqué à cette malade des plaques mé- « talliques.....

« Quoiqu'il en soit, le point fondamental des expériences de « M. Burq est donc exact. » (V. *in* Gazette médicale de janvier 1877.)

Quel était le métal qui avait opéré ici la conversion de M. Charcot? L'or. En conséquence, Bucquet fut soumise au traitement par l'or intus, et les résultats furent ceux dont la Commission, que présidait M. Charcot, a témoigné en ces termes :

« Obs. IV. — La nommée Bucquet est la malade hystéro-épilep- « tique sur laquelle M. le professeur Charcot avait, pour la première « fois, constaté l'action locale des applications métalliques. Cette « malade, qui avait une hystérie entée sur une épilepsie primitive, « était anesthésique à droite et seulement analgésique à gauche, « avec contracture de la jambe droite. Votre Commission avait « constaté antérieurement que Bucquet était sensible à l'or. Elle « fut mise au traitement interne le *6 juillet 1877*, et le *13 du même « mois* la malade avait recouvré la sensibilité dans tout le côté « droit. A la fin de juillet, la sensibilité était redevenue normale, « les phénomènes hystériques avaient disparu, mais Bucquet a « continué à avoir des attaques d'épilepsie. Son état général est « devenu très satisfaisant. Sa menstruation est régulière et abon- « dante. » (Dumontpallier, rapporteur.)

A quelque temps de là, le 31 décembre 1877, M. le professeur Charcot, parlant de la métallothérapie devant son nombreux auditoire de la Salpêtrière, disait au sujet de Bucquet et de trois au-

tres malades (Marcillet, Angèle et Bar), que nous avions traitées au même moment :

« En reprenant mon service, au mois d'octobre, je commençai à examiner les malades (traitées par la métallothérapie interne) de plus près, et je dois déclarer que j'ai été, non pas étonné, puisque cela aurait été contraire à la déclaration de principes que je faisais tout à l'heure, mais certainement quelque peu ému de voir que chez quatre malades, que j'avais choisies moi-même parmi les cas les plus accentués, et que j'avais offertes à la métallothérapie comme pouvant lui fournir l'occasion d'une épreuve décisive, la situation s'était très remarquablement amendée, pour ne pas dire plus. »

Et, les quatre malades ayant été successivement présentées à l'auditoire, voici ce que dit encore M. Charcot quand vint le tour de Bucquet :

« Cette malade vous a présenté un bel exemple de contracture; il y a onze ans qu'elle est malade. Elle est atteinte de deux maladies distinctes : l'hystéro-épilepsie (*Hysteria major*) et l'épilepsie vraie. L'administration de l'or à l'intérieur n'a produit aucune modification dans l'épilepsie, mais il n'en est pas de même de l'hystéro-épilepsie.

« En effet, après l'administration de l'or à l'intérieur, l'hémianesthésie droite qui, depuis onze ans, n'avait jamais cessé d'exister, a disparu, et les attaques d'hystéro-épilepsie, très fréquentes et très complètes, sont devenues très rares. Elle a eu l'autre jour une crise, à la suite de laquelle est survenue une contracture. Seulement cette contracture n'a duré que sept à huit jours, tandis qu'autrefois, avant le traitement, elle persistait, dans la règle, pendant un mois ou deux. » (V. *in* GAZ. DES HÔP. de mars 1878).

Ainsi donc, voilà une malade chez laquelle, quoi que l'on fit, l'hystérie ne s'était point démentie un seul jour pendant une suite de onze années, et qu'un simple traitement interne d'un mois par le métal auquel elle s'était montrée sensible a suffi pour *blanchir*, suivant l'expression de M. Charcot, pour une période de cinq années !

Qu'on reprenne maintenant le traitement, qui avait produit chez M. Charcot l'émotion dont il ne s'est point défendu, et, à moins que l'or n'ait perdu son action, ce qui n'est point probable, nous pouvons prédire en toute assurance que cette observation, déjà si intéressante telle quelle, aura certainement un épilogue qui sera la parfaite confirmation du passé.

Si c'était un métal vulgaire, le cuivre, par exemple, et non l'or, qui fût la caractéristique de l'idiosyncrasie métallique de Bucquet, nous conseillerions de commencer par recourir à une application *générale* et *non locale* — nous appliquâmes en vain localement de l'or pour le cas de contracture auquel faisait allusion M. Charcot dans sa leçon du 31 décembre 1877—et très vraisemblablement verrait-on disparaître à bref délai le nouveau spasme de Bucquet, ainsi que cela s'est passé dernièrement encore à Beaujon, chez une malade de M. Fernet, dont M. Chantemesse, interne du service, a communiqué l'intéressante observation dans la dernière séance de la Société de Biologie. Ce qui se passerait alors, ce serait tout d'abord la disparition de l'anesthésie et de l'amyosthénie, qui doit l'accompagner. Celle de la contracture ne viendrait qu'après par cette raison, nous l'avons démontré cent fois, notamment dans le si remarquable cas de la contracturée de M. le professeur Verneuil, qui fut publié en 1877 par la GAZETTE MÉDICALE, que les désordres *hyponerviques* — l'anesthésie sensitivo-sensorielle, l'amyosthénie, etc., — tiennent sous leur dépendance directe, les troubles en sens contraire, *hypernerviques* — les spasmes, les convulsions et les névralgies, etc, — quels qu'en soient la forme et le siége. Seulement une condition, *sine quâ non*, du succès de la métallothérapie externe toute seule, serait ici, comme toujours, que l'aptitude métallique de Bucquet ne soit point aujourd'hui devenue *latente*, ainsi que cela est arrivé dans le même service chez la fameuse Leroux. Autrefois, en 1849, nous l'avions reconnue sensible au cuivre, et quand il y a cinq ans, nous fîmes sur elle un nouvel examen métalloscopique, nous trouvâmes que sa sensibilité métallique s'était complètement éclipsée. Nous proposons alors à Leroux de la lui rendre par l'administration interne du cuivre, et de faire pour elle ce que nous faisions dans le même moment pour plusieurs de ses compagnes, mais elle s'y refusa obstinément, en disant qu'elle était maintenant devenue trop vieille.

« Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, etc.

« Dr V. BURCQ. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Pancréas.

UN CAS DE FISTULE PANCRÉATIQUE, par le docteur KULENKAMPFF (1).—KYSTE VOLUMINEUX DU PANCRÉAS; LAPAROTOMIE; MORT, par ZUKOWSKI (2).— OCCLUSION INTESTINALE OCCASIONNÉE PAR UN ABCÈS AYANT SON POINT DE DÉPART DANS LE PANCRÉAS; LAPAROTOMIE; MORT, par J. ROSENBACH (3).

Un ouvrier, âgé de 39 ans, avait eu l'abdomen fortement contusionné, dans le courant de mars 1881. Pendant trois semaines, il présenta des accidents inflammatoires avec douleurs dans les hypochondres, qu'on crut devoir rapporter à une pleurésie traumatique. Au sortir de cette premiere phase, le patient était dans un état relativement satisfaisant. Il ne se plaignait que d'un endolorissement de l'hypochondre droit et de l'épigastre qui étaient très sensibles à la palpation. A l'examen de ces régions, on ne constatait rien d'anormal, à part une dureté et une rigidité insolite de la moitié supérieure des muscles droits de l'abdomen.

Au mois de septembre, en explorant l'abdomen du malade, on découvrit, à la palpation, l'existence d'une tumeur ferme, arrondie, du volume de deux poings, située sur la ligne médiane de telle sorte que les trois quarts de sa masse dépassaient la ligne blanche à droite. La limite inférieure de la tumeur était à trois centimetres au-dessus de l'omhilic. Elle donnait lieu à une zone de matité qui se confondait avec celle du foie, et elle semblait ainsi n'être qu'une dépendance du lobe gauche de cet organe. Les fonctions du gros intestin et de l'urination n'étaient point troublées; pas d'ictère, pas de fièvre.

Le 14 septembre, après avoir divisé les parois abdominales jusque sur le péritoine, l'auteur enfonça dans la tumeur le trocart d'un appareil Dieulafoy. Le trocart pénétra dans une vaste cavité dont on retira un litre environ d'un liquide clair et fortement albumineux, qui ne renfermait point d'acide succinique. Le liquide ne coagula pas. En l'absence de toute réaction inflammatoire, l'auteur se décida à fixer le péritoine aux téguments abdominaux par des points de suture et à inciser ensuite la tumeur, qui donna issue à un liquide de même qualité que celui qu'on avait recueilli lors de la ponction. On introduisit un drain dans la plaie abdominale, qui fut recouverte du pansement de Lister. Par le tube à drainage, il se fit un écoulement continu de liquide semblable à celui qu'on avait trouvé dans la tumeur (1/4 à 3/4 de litre dans les vingt-quatre heures). La plaie se cicatrisa, ne laissant à sa suite qu'une fistule

(1) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., n° 7, 1882.
(2) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. N° 26, 1882.
(3) *Ibidem*, supplément au n° 29, p. 66.

minime, autour de laquelle la peau restait à vif, malgré toute sorte de précautions. L'examen chimique démontra que le liquides possédait les caractères et les propriétés du suc pancréatique. On avait donc affaire à une fistule pancréatique, qui d'ailleurs ne tarda pas à s'oblitérer définitivement.

— Une femme de 36 ans entre à l'hôpital Marie-Thérèse (de Vienne) avec nne tumeur fluctuante qui faisait saillie au-dessus du nombril, qui se laissait déprimer avec une assez grande facilité et que la main de l'explorateur pouvait suivre jusque dans le petit bassin. La malade faisait remonter le début du mal à deux ans et neuf mois. La tumeur était toujours allée en augmentant de volume. On l'avait prise pour un kyste de l'ovaire. Le 27 février, M. Rokitansky entreprit de l'extirper.

Incision le long de la ligne blanche, sur une étendue de vingt-quatre centimètres : écoulement d'une certaine quantité de liquide ascitique. Prolapsus de la tumeur, à la surface antérieure de laquelle adhère le grand épiploon, la paroi postérieure de l'estomac, et, plus bas, le colon ascendant et le colon transverse; ce dernier fut déchiré lors des tentatives faites pour le détacher. La déchirure fut aussitôt fermée à l'aide de cinq points de sutnre. Pour arrêter l'hémorrhagie déterminée par l'opération, il ne fallut pas moins de 50 ligatures. Au moment de détacher l'épiploon, le kyste se rompit et une partie de son contenu s'épancha dans la cavité péritonéale ; on put néanmoins retirer de la tumeur cinq litres d'un liquide brunâtre. Au bout de deux heures de tentatives inutiles, on dut surseoir à l'extirpation du kyste, à cause de l'imminence d'une terminaison fatale. On se contenta d'enlever avec l'écraseur linéaire la portion de la tumeur détachée de ses adhérences. A travers un drain, on fit des lavages dans la cavité péritonéale avec une solution phéniquée à 0/2 0/0. Le sixième jour après l'opération, le tnbe à drainage livra issue à des matières fécales. Le neuvième jour, la malade succomba.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une péritonite suppurée. Le fond du kyste se confondait avec la queue et le corps du pancréas. En injectant le canal excréteur, on le trouva perméable dans la portion qui s'étendait à travers la tête et le corps de la glande; la masse à injection pénétrait dans de nombreuses ramifications qui se distribuaient à la paroi du kyste.

Le liquide retiré de la tumeur contenait de la matière colorante, du sang, de la serumalbumine, de la serumglobuline, de la paralbumine, de la cholestérine et des sels inorganiques.

— Dans notre compte-rendu des travaux du dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, nous avons mentionné l'observation suivante, de J. Rosenbach, qui mérite une relation plus détaillée :

Une femme de 57 ans, d'une bonne santé antérieure, avait été prise, huit semaines avant son entrée à l'hôpital, d'une constipation extrêmement opiniâtre. Depuis trois semaines, les selles étaient devenues de plus en plus rares, et au moment de son admission dans le service de Rosenbach, la patiente n'était plus allée à la garde-robe depuis trois jours. Elle avait en outre des vomissements verdâtres. La moitié gauche de l'abdomen était fortement distendue par des gaz. En arrière et au-dessus de l'estomac très dilaté, on sentait une tumeur fluctuante, du volume d'une tête d'enfant, fixe. Il fut impossible de réduire par les moyens ordinaires l'obstacle à la progression des matières fécales. La femme se résigna à la laparotomie : Incision sur la ligne blanche abdominale, se poursuivant dans une direction horizontale un peu au-dessus des limites supérieures de la tumeur. Celle-ci était entourée d'une zone d'infiltration inflammatoire. C'est en vain qu'on chercha à isoler la tumeur dans une certaine étendue. Accidentellement la tumeur fut entamée. Il s'en écoula un liquide clair d'abord, ensuite trouble et fétide, qu'on empêcha de pénétrer dans la cavité abdominale. On fixa le sac dans la plaie par des points de suture, et après occlusion de la plaie tégumentaire on dilata l'orifice restant pour y introduire nn drain et pratiquer des lavages. Au bout de six heures, la malade s'éteignit dans le collapsus.

A l'examen nécroscopique, il se fit voir qne ce qu'on avait pris pour un kyste était un abcès du pancréas, niché derrière l'estomac et le petit épiploon et ayant eu son point de départ dans un foyer de nécrose du pancréas. Cet abcès avait contracté des adhérences avec l'intestin grêle et en avait oblitéré la lumière en le comprimant.

E. Ricklin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 août 1882. — Présidence de M. E. Blanchard.

Hygiène publique. — *Sur deux nouveaux antiseptiques : le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium.* Note de M. G. Le Bon, présentée par M. Larrey. (Extrait.)

« La découverte d'un agent antiseptique puissant, et jouissant en outre de la propriété d'être très solubre, sans odeur, et nullement toxique, présenterait sans doute un intérêt considérable. Les deux corps que je présente aujourd'hui à l'Académie, le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium, jouissent des propriétés que je viens d'énumérer.

« Pour obtenir le premier, il suffit de chauffer ensemble, à une température d'environ 160o et en agitant constamment, parties égales de borate de chaux et de glycérine, et de prolonger l'opération jusqu'à ce qu'une goutte du mélange, retirée avec une baguette et posée sur une plaque de verre, donne une perle incolore, cassante et transparente comme du cristal. Si l'on coule alors le liquide sur une plaque métallique, il se prend par le refroidissement en masse transparente comme le verre et qui se brise facilement : il faut introduire rapidement les fragments, pendant qu'ils sont encore chauds, dans un flacon à l'émeri bien sec.

« Le glycéroborate de sodium se prépare de la même façon : on remplace simplement le borate de chaux par du borate de soude. Si l'on emploie le borate de soude fondu, c'est-à-dire anhydre, il faut 150 parties de glycérine pour 100 parties de borax.

« Ces deux corps jouissent de propriétés analogues. Ils fondent à une température d'environ 150o et sont très hygrométriques. Si on les abandonne à l'air, ils se liquéfient très rapidement, en absorbant leur poids d'eau. L'eau ou l'alcool peuvent d'ailleurs dissoudre le double de leur poids de glycéroborate.

« Même en solution étendue, les glycéroborates de calcium et de sodium sont des agents antiseptiques très puissants (1). Le gly-

(1) Les glycéroborates ne pouvant être employés qu'à l'état de solution, il faut, pour obtenir des solutions toujours comparables à elles-mêmes, les titrer par une analyse volumétrique. L'opération est fort simple et ne prend que quelques minutes. Le glycéroborate

céroborate de sodium m'ayant semblé, au point de vue thérapeutique, supérieur au glycéroborate de calcium, c'est de lui que je me suis surtout occupé.

« Au point de vue antiseptique, ce corps présente sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble dans l'eau en toutes proportions, et surtout d'être absolument inoffensif. On peut l'appliquer à l'état concentré sur des organes aussi sensibles que l'œil, sans inconvénient.

« Au point de vue de l'hygiène, on l'emploiera utilement comme désinfectant, et pour conserver la viande ou les produits alimentaires. J'ai pu envoyer à la Plata des viandes recouvertes d'un simple vernis de glycéroborate : elles sont arrivées aussi fraîches qu'au départ.

« Au point de vue médical, on peut faire usage des solutions de glycéroborate en injections, en applications sur les muqueuses, dans les pansements chirurgicaux, dits de Lister, etc. »

Séance du 24 juillet 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE. — DES NERFS SYMPATHIQUES DILATATEURS DES VAISSEAUX DE LA BOUCHE ET DES LÈVRES. Note de MM. Dastre et Morat;

« Nous avons annoncé (*Comptes rendus*, 16 et 30 août 1880) l'existence, dans le cordon cervical du grand sympathique, considéré jusqu'à ce moment comme le nerf constricteur vasculaire type, de filets antagonistes destinés à dilater les vaisseaux d'une région de la tête, la région bucco-faciale. Il nous restait à faire connaître nos expériences de contrôle et à signaler les circonstances physiologiques de l'action de ces nerfs :

« 1. On sectionne la moelle épinière à la région inférieure du cou. On excite le segment postérieur. On voit alors se produire une dilatation primitive des vaisseaux dans une grande partie de la tête, particulièrement dans la région de l'oreille et dans la région bucco-faciale, muqueuses nasales, palatine, gingivale, géniale, labiale et parties cutanées correspondantes.

« Ce résultat s'observe chez tous les animaux sur lesquels nous avons expérimenté : chat, lapin, chien, chèvre. Il s'accorde avec l'existence de nerfs dilatateurs partant de ce segment de moelle.

« 2. On découvre les deuxième, troisième quatrième et cinquième racines dorsales; après les avoir coupées et détachées de la moelle, on porte l'excitation sur le bout périphérique. Le résultat est encore la dilatation, mais il ne s'observe que chez le chien, et il est plus circonscrit, limité à la région bucco-faciale du côté correspondant aux racines excitées. Cette épreuve relève donc, dans ses racines l'existence de filets vaso-dilatateurs pour la région bucco-faciale. Ces éléments naissent de la moelle, s'en éloignent : ce sont des nerfs centrifuges ou moteurs.

« Mais chaque racine est double. L'excitation de la racine antérieure seule détermine la vaso-dilatation. Ces vaso-dilatateurs rentrent donc dans la loi établie par Magendie; ils sortent de la moelle par la même voie que tous les autres nerfs centrifuges.

« 3. On met à nu les rameaux communiquants qui vont des deuxième, troisième, quatrième et cinquième nerfs dorsaux à la chaîne du sympathique; on les coupe et l'on excite le bout qui remonte dans le sympathique du côté de la tête. Même résultat : vaso-dilatation de la région bucco-faciale.

« Les nerfs vaso-dilatateurs suivent donc la voie du sympathique pour aller à leur destination; il restait à les accompagner dans les rameaux que ce nerf envoie du côté de la face. Or,

« 4. L'excitation les manifeste dans les deux branches de l'anneau de Vieussens.

« 5. De là, on peut les suivre dans le cordon cervical, en tous ses points, quelque précaution que l'on prenne pour localiser l'excitation.

« Le sympathique mêle ensuite ses fibres à celles des nerfs crâniens de la face et, en particulier, du trijumeau.

« 6. La comparaison des résultats obtenus par l'excitation du sympathique et celle du trijumeau montre que ce dernier reçoit du cordon cervical une notable partie des éléments dilatateurs qu'il contient. Ces nerfs moteurs d'une espèce particulière nous étant connus dans tout leur trajet, nous essayons de les mettre en jeu par un excitant moins artificiel que l'électricité :

« 7. Le sang, devenu asphyxique par la privation d'oxygène, est un excitant énergique du système nerveux, et principalement des centres encéphalo-rachidiens. Il provoque à l'activité les deux catégories de nerfs vaso-moteurs, et engendre des effets différents dans les différentes régions, suivant celle des catégories qui prédomine sur l'autre.

« Pour la région bucco-faciale, l'effet de l'asphyxie est la congestion. Si, d'un côté seulement, on interrompt la continuité du sympathique, la congestion est moindre, quelquefois nulle. La dilatation vasculaire asphyxique reconnaît donc pour un de ses facteurs importants le nerf que nous avons coupé, le sympathique.

« L'entrée en fonction de ces nerfs peut avoir pour cause initiale une excitation née sur place dans les centres ou venue de la périphérie. C'est ce dernier cas qui est le plus ordinaire; autrement dit, le mouvement que ces nerfs commandent est réflexe.

« De quelles régions de la périphérie vient l'excitation ? Par quels nerfs sensitifs est-elle surtout apportée aux centres des vaso-dilatateurs buccaux ?

Les expériences suivantes répondent à ces questions :

1. L'excitation du bout central du vague, isolé du sympathique dans la région inférieure du cou, provoque une vaso-dilatation primitive et bilatérale.

2. La vaso-dilatation cesse ou diminue considérablement du côté où le sympathique a été préalablement coupé;

3. La vaso-dilatation cesse de se produire des deux côtés, si l'animal chloroformé jusqu'à résolution ou si sa moelle cervicale a été coupée dans un point quelconque de son étendue;

4. La vaso dilatation est surtout considérable quand on excite le nerf laryngé supérieur ou le tronc du vague jusqu'à la naissance des rameaux pulmonaires; elle est à peu près nulle quand l'excitation porte au-dessous de ce point ou bien sur les rameaux cardiaques.

Les nerfs sensitifs viscéraux qui gouvernent ce réflexe proviennent donc surtout des organes de la respiration.

5. L'excitation du bout central du nerf sciatique produit aussi la congestion bucco-faciale. L'excitation du nerf tibial, et vraisemblablement des nerfs cutanés, a aussi le même résultat.

6. Après la section du cordon cervical sympathique, l'excitation réflexe et l'excitation asphyxique du centre déterminent encore un certain degré de vaso-dilatation bucco-faciale. Lorsque la section a été faite depuis un temps supérieur à celui qui est nécessaire pour la dégénérescence des nerfs, l'excitation du nerf maxilaire supérieur a encore pour effet la congestion amoindrie de la lèvre correspondante. Il faut conclure que tous les vaso-dilatateurs de ces régions ne sont pas contenus dans le cordon cervical.

Il en est des vaso-dilatateurs buccaux comme des nerfs dilatateurs de la pupille, qui ont avec eux beaucoup d'analogie et qui ne sont que partiellement contenus dans le cordon cervical. »

chauffé suffisamment peut contenir 5 pour 100 de borax anhydre. Le produit solide contient alors, en réalité, autant de borax que le borate de soude cristalisé, mais l'eau y est remplacée par de la glycérine.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — MOYEN DE CONFÉRER ARTIFICIELLEMENT L'IMMUNITÉ CONTRE LE CHARBON SYMPTOMATIQUE OU BACTÉRIEN AVEC DU VIRUS ATTÉNUÉ. — Note de MM. ARLOING, CORNEVIN et THOMAS, présentée par M. BOULEY.

Nous sommes parvenus à conférer l'immunité contre le charbon symptomatique par l'inoculation du virus naturel dans les veines et dans les voies trachéo-bronchiques. L'injection intraveineuse a même été appliquée sur une large échelle, et son efficacité contrôlée. Aujourd'hui, nous désirons appeler l'attention de l'Académie sur un moyen d'atteindre le même résultat en injectant sous la peau du virus dont l'activité est atténuée.

A. Le procédé d'atténuation que nous avons réglé et appliqué nous a été inspiré par les travaux de M. Toussaint sur la bactéridie du sang de rate qui viennent d'être repris avec le plus grand succès par notre maître M. Chauveau. Effectivement, il consiste à faire agir la chaleur sur la sérosité virulente extraite des tumeurs charbonneuses; seulement, cette sérosité est desséchée préalablement à la température de 32o, dans un courant d'air qui permet d'obtenir la dessiccation avant l'arrivée de la putréfaction.

Une longue série d'expériennces nous a démontré qu'en triturant une certaine quantité de virus desséché, dans les conditions indiquées ci-dessus, avec deux fois son poids d'eau, de façon à hydrater également toutes les parcelles, et en portant ces mélanges dans une étuve chauffée depuis + 85o à + 100o, où on les maintient pendant six heures, on obtient une série de virus atténués à des degrés divers. Il est important de n'atténuer qu'une petite quantité de virus à la fois et de régler le chauffage de l'étuve, de telle sorte que sa température initiale soit rétablie moins de deux heures après l'introduction du virus.

B. Lorsqu'on veut employer les virus atténués par ce procédé, il faut établir parmi eux un choix basé sur leur activité et sur la susceptibilité spécifique ou individuelle des sujets sur lesquels on désire les essayer, et fixer la dose pour un sujet d'après cette dernière considération. La dose exerce, en effet, une grande influence sur les résultats : telle dose donne une maladie légère et vaccine ; une dose plus forte détermine une tumeur mortelle dans laquelle les microbes reconquièrent toute leur activité

Après tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à la pratique suivante : faire deux inoculations à six ou huit jours d'intervalle, la première avec du virus atténué par la température de 100o. la seconde avec du virus atténué par + 85o. On s'exposerait à des mécomptes si l'on employait d'emblée, même sur le bœuf, le virus le moins atténué. Lorsqu'on opère sur le mouton, on prend 0 gr. 01 de chaque virus à l'état sec ; si l'on opère sur le bœuf, 0 gr. 02 ou 0 gr. 03, selon la taille. On associe ces doses à cent fois leur poids d'eau et on les écrase dans un mortier jusqu'à ce que l'on obtienne une pulpe apte à être injectée sous la peau, à l'aide d'une seringue à canule piquante. Jusqu'à présent, nous avons poussé ces injections sous la peau de la face latérale de l'encolure ou de la face interne de la cuisse. Les vaccinés seront éprouvés quinze jours après la seconde inoculation aveo ou six gouttes de sérosité extraite fraîchement d'uno tumeur et délayée, pour plus de facilité, dans un centimètre cube d'eau.

C. Présentement, nous avons employé les virus atténués sur trois séries d'animaux, savoir : un lot composé de trois moutons, un autre de trois veaux, et un troisième comprenant une génisse de dix-huit à vingt mois et une vache de quatre ans. Les inoculations ont déterminé sur les bovidés une légère tuméfaction locale, qui a disparu graduellement ; sur les moutons, un gonflement plus considérable. La première inoculation a provoqué une élévation de température de 0o,2 à 0o,7 ; la seconde, une hyperthermie de 0o 5 à 1o ; quelquefois, l'élévation la plus considérable s'est présentée après la première inoculation. Tous ces animaux furent vaccinés avec succès ; car, inoculés en même temps que des sujets témoins, avec du virus naturel, ils présentèrent des accidents légers ou insignifiants, tandis que les suites de l'inoculation furent graves et presque toujours mortelles sur les témoins.

Nous ferons remarquer la grande résistance du microbe du charbon symptomatique à la chaleur, après une première dessication graduelle à la température de 32o. Nous avions observé dans les mêmes conditions une résistance analogue à l'action des antiseptiques Il est bon de noter en même temps que les sérosités virulentes renferment surtout des bâtonnets sporulés et que le nombre de ceux-ci augmente de beaucoup pendant la durée de la première opération, de sorte que la chaleur agit sur un virus très riche en spores. Ces observations nous ont servi d idée directrice dans les recherches qui ont abouti au procédé qui vient d'être exposé.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — NOUVELLES RECHERCHES, AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, SUR LES GLOBULAIRES. Note de MM. ED. HECKEL, J. MOURSON et FR. SCHLAGDENHAUFFEN, présentée par M. Chatin.

Action physiologique et thérapeutique. — L'emploi thérapeutique des globulaires étant reste jusqu'ici à peu près empirique, nous avons dû étudier sur les animaux et sur l'homme, d'une manière particulière, l'action des deux principales substances (*globularine* et *globularétine*), qui entrent dans la composition de ces plantes, justement appréciées dans la médecine populaire comme antipériodiques et purgatives.

D'après nos observations, il n'est pas douteux que la réputation de toxicité qui avait fait donner à la globulaire turbith, par les anciens, le nom de *Frutex terribilis*, doit être entièrement attribuée à l'action de cette globularine.

Résine de globulaire (Globularétine=C^9H^6O).

C'est le principe purgatif de la plante, mais son action est moindre que la décoction des feuilles de globulaire qui l'ont fournie, ce qui tient sans doute à son association, dans ce dernier cas, à la *mannite*, qui agit synergiquement avec elle. Son action sur l'économie est double : l'une se porte très activement sur le rein (elle est en partie propre à toutes les résines), l'autre sur l'intestin. Dissoute à la faveur des alcalis avant son ingestion, l'action purgative se fait sentir plus rapidement. Les selles sont bilieuses et sans albumine, mais toujours tardives ; rapprochement avec les effets de l'*acide chrysophanique* et de l'*aloïne*.

Les doses peuvent varier de 0 gr., 125 à 1 gr., suivant les tempéraments : l'action purgative s'accompagne toujours de coliques et de légers borborygmes. Aux doses un peu élevées, il y a quelquefois des douleurs épigastriques et infra-intestinales avec symptômes de congestion du rectum, mais l'action purgative est alors un peu avancée. L'action sur les reins se traduit par une congestion qui s'accompagne d'une diurèse abondante et surtout d'une *excrétion plus élevée des matériaux solides, qui peut aller au tiers en plus des quantités normales.* L'élimination de l'urine se fait, aux fortes doses, avec des douleurs sourdes et très pénibles du côté du rein.

La globularétine s'obtient très difficilement pure ; malgré les plus grands soins mis à sa préparation, elle est toujours accompagnée d'un principe volatil mal déterminé encore, qui jouit d'une action diurétique et diffusée de réaction. En somme, aux doses convenables, elle est un spoliateur énergique.

L'action de la *mannite* et de l'*acide cinnamique*, dont nous avons découvert l'existence dans la globulaire, est bien connue ; la première vient s'ajouter à celle de la globularétine, la seconde à celle de la globularine, pour les renforcer en tant que purgatif et antipériodique.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1882. — Présidence de M. LARREY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Jacob Weill, Longer, Saulgeot, lauréats de l'Académie.

2° Une note de M. Grellety (de Vichy) sur le traitement du hoquet simple par le sucre imbibé de vinaigre de table.

M. DEPAUL, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, rappelle qu'à propos de la présentation faite par M. Hardy de la jeune fille dite : *la tigresse de Neuilly*, il avait exprimé les regrets qu'il éprouvait de cette présentation, prévoyant que les parents de la jeune fille en feraient un moyen de réclame; ces prévisions n'ont pas tardé à se réaliser, car, quelques jours après, on a pu lire à l'enseigne d'une baraque de saltimbanques, élevée au milieu du jardin des Tuileries, à l'occasion de la « Fête de la jeunesse » : La tigresse de Neuilly, *présentée à l'Académie de médecine*. M. Depaul a voulu montrer, en rappelant ce fait, les inconvénients de ces sortes de présentations à l'Académie.

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Crouzat, son ancien chef de clinique, une brochure intitulée : *Nouveaux éléments de pelvimétrie et de pelvigraphie obstétricales*, et met sous les yeux de ses collègues divers instruments imaginés par l'auteur pour obtenir des résultats meilleurs que ceux obtenus par les autres modes de mensuration du détroit supérieur.

M. VILLEMIN présente, au nom de M. le docteur Sabatier, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *Des températures générale et locale dans les maladies du cœur*.

— M. VULPIAN fait une communication sur le *traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique*. (Voir *Premier Paris*.)

— M. BOUCHARDAT fait remarquer qu'au nombre des antiseptiques il en est un, la térébenthine, qu'on n'a point encore essayé. L'administration en est facile. Ce n'est point un poison dangereux pour l'homme, et tous les germes des fermentations en sont facilement tués.

M. JULES GUÉRIN rappelle que dans des mémoires communiqués, tant à l'Académie des sciences qu'à l'Académie de médecine, il a prouvé qu'il existait en effet un germe typhique. Il a également montré que cet agent morbide devait se multiplier par une fermentation interne et que dans la première période de la maladie, avant qu'elle fût établie d'une façon définitive, ce qui importait par-dessus tout était d'évacuer les produits intestinaux. Il est de tradition de purger au début des fièvres typhoïdes, et cette tradition est très bien fondée. On peut espérer ainsi arrêter une maladie commençante, en prévenir le développement ultérieur, la limiter à une durée de quelques jours. Durant cette première période, ce qui convient par-dessus tout, ce sont les évacuants.

Plus tard, la maladie une fois confirmée, il faudrait plutôt des neutralisants. Parmi les substances qui peuvent être employées dans ce but, se trouve le charbon, que M. Jules Guérin a souvent prescrit avec grand avantage.

M. LANCEREAUX demande s'il est bien exact de dire que l'acide salicylique exerce une action médicatrice dans la fièvre typhoïde. Il croit plutôt que ce remède se borne à produire de l'hypothermie, résultat qu'on peut obtenir par d'autres moyens, sans en atténuer la gravité.

M. VULPIAN ne comprendrait pas une hypothermie obtenue directement par un médicament interne qui n'agirait pas sur les éléments anatomiques. L'état général s'améliore en même temps que la température s'abaisse.

M. VILLEMIN ne veut pas admettre qu'il y ait dans la fièvre typhoïde une première période pendant laquelle on puisse arrêter cette maladie par une médication quelconque. Les purgatifs, loin d'être utiles, sont plutôt nuisibles.

M. DEPAUL trouve que M. Vulpian a fort sagement agi en ne présentant pas l'acide salicylique comme un remède pouvant guérir la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde est une maladie qui évolue jusqu'ici d'elle-même, quoi qu'on fasse. Abaisser la température ne signifie rien, et on n'est pas autorisé, dans l'état actuel de la science, à disserter sur des microbes encore inconnus et sur les résultats que peut avoir pour eux l'abaissement de température.

Pour être sûr de guérir, il faut des milliers de faits quand il s'agit de maladies telles que la fièvre typhoïde, dont la gravité peut varier à l'infini sans intervention médicale.

M. VULPIAN trouve que M. Depaul restreint le rôle du médecin dans de trop étroites limites. Alors même qu'il ne guérit pas, qu'il s'agit de maladies incurables pour lui, il a encore une mission, celle de soulager, et dans la fièvre typhoïde par exemple, quand on compare l'état des malades avant et après la médication par l'acide salicylique, la différence est souvent telle que pour ne pas en être heureux il faudrait n'avoir pas de cœur. C'est là déjà un résultat assez important pour mériter qu'on en tienne compte.

M. le président LARREY, avant de clore la discussion, remercie M. Vulpian au nom de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 22 juin 1882. — Présidence de M. THULIÉ.

M. DENIKER lit une communication sur les deux singes anthropoïdes de la ménagerie Bidel, un orang et un chimpanzé arrivés depuis 8 mois environ et en parfaite santé.

L'orang est un mâle adulte d'une taille de 1 m. 15 à 1 m. 20, pourvu de poils très abondants sur le ventre et surtout dans la région sous-ombilicale. Par contre, le dos en est très peu fourni et on y trouve même des endroits complètement glabres. La chevelure est peu épaisse, les oreilles sont très petites et noires, les yeux obliques. La barbe est assez fournie. A la face dorsale, les mains de l'orang présentent des callosités au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, ce qui indique que l'animal s'appuie sur le dos de la main pendant la marche. M. Deniker n'a pas vu cet animal se tenir debout sur ses deux pieds sans s'appuyer. On sait d'ailleurs que les singes anthropoïdes ne sont qu'à demi bipèdes.

Le chimpanzé est une jeune femelle contrastant avec l'orang par sa vivacité, son agilité et sa gentillesse. Il aimait fort à jouer avec la petite fille d'un des employés de la ménagerie, l'embrassait et se montrait très mécontant lorsqu'on voulait l'en séparer. Il manifestait sa colère en criant et en avançant les lèvres en forme de trompe ainsi que l'a fait remarquer Darwin dans son *Expression des émotions*. Chez l'orang en colère, on voyait nettement le petit mouvement de la partie moyenne de la lèvre supérieure soulevée par l'action du muscle canin, mouvement que Darwin a si bien étudié, mais qu'il n'a pu constater chez les anthropoïdes.

Enfin, d'après le témoignage du gardien et du directeur, ces deux singes essayent souvent de s'accoupler en se mettant ventre à ventre, mais on ne peut affirmer qu'il y ait intromission complète.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les granulations de Pacchioni, suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-cranienne, avec l'extérieur du crane, par M. le docteur Charles Labbé, aide d'anatomie. — Paris, O. Doin, édit., 1882.

Dans cette étude, l'auteur, s'appuyant sur des recherches anatomiques sérieuses, a élucidé certains points obscurs touchant l'origine et le développement des granulations de Pacchione.

Il y a, pour ainsi dire, deux parties distinctes dans ce travail :

Dans la première, intéressant surtout les anatomistes, Labbé discute le point d'origine des granulations de Pacchioni, expose et soumet à une critique approfondie les théories de Faivre et Key, qui placent, le premier, l'origine de la granulation dans le liquide céphalo-rachidien lui-même, le deuxième dans le tissu sous-arachnoïdien ; enfin l'auteur se rallie à la théorie d'une origine unique sur la face inférieure des lacs sanguins, formée aux dépens de la dure-mère. Il en fait des phlébolithes expliquées par cette hypothèse ingénieuse que le sang, dont le mouvement est ralenti dépose sa fibrine, qui irrite la paroi inférieure et développe le tubercule.

Dans la deuxième, qui concerne plutôt le nosologiste et l'anatomo-pathologiste, Labbé reprend les études de Trolard sur les lacs sanguins déirvatifs des sinus et leur mode d'action sur les os du crâne. Ce point fort intéressant vient confirmer encore l'hypothèse bien ration nelle de M. le professeur Duplay sur le mode de formation des tumeurs veineuses en communication avec la circulation intra-crânienne.

Enfin l'auteur, étudiant le rôle des corpuscules en pathologie, cite des cas forts intéressants de dégénérescence fibromateuse et carcinomateuse, dont deux tirés de la pratique de M. Verneuil.

Ce mémoire, auquel sont annexées six planches intéressantes, contient encore une note anatomique très claire sur les communications entre les systèmes veineux intra et extra-crâniens.

Recherches sur l'exostose sous-unguéale du gros orteil, par Pedro Osorio, docteur de la Faculté de Paris. — Octave Doin, 1882.

Ce travail, qui n'offre rien d'original, est un bon résumé de l'état de la science sur ce petit coin de la pathologie des membres.

Au point de vue symptomatique, l'auteur a utilisé l'excellente thèse de Legoupils, que chacun connaît.

La partie la plus intéressante est relative à la pathogénie et à l'anatomie pathologique, qui ont fait l'objet du récent article de Variot dans la revue de chirurgie, et antérieurement du travail si important de Louge, reproduit dans le traité de Pouchet.

L'auteur y combat la théorie trop exclusive de Ranvier sur le sarcôme ossifiant, y étudie les trois formes qu'on y peut rencontrer, recherche le mode d'apparition du cartilage et discute à ce propos longuement la théorie du point osseux complémentaire, celle de Virchow sur l'évolution isolée d'un fragment du squelette cartilagineux primitif, etc.

Picqué.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du célèbre professeur de clinique de l'Université de Turin, M. Luigi Concato, décédé ces jours derniers.

***

Épidémies. — Les dernières nouvelles parvenues en Europe nous annoncent que le choléra sévit avec intensité aux Philippines et à Manille. Des mesures sévères ont été prises aussitôt en Espagne pour ordonner la mise en quarantaine des vaisseaux en provenance de Bornéo, des îles Jordan et de l'archipel des Philippines avec lesquelles les communications maritimes de l'Espagne sont en quelque sorte continues.

***

Concours. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmaciens des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le 14 octobre 1882, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, numéro 47. Le registre d'inscription sera ouvert du 23 septembre au 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

***

Faculté de médecine. — *Aspirants au doctorat.* — Par décret en date du 23 juillet 1882, l'article 5 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième partie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'art. 4 ; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études ; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui ont opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre, mais, en cas d'échec à cette épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1881-1882.

323. M. Delhomme. De l'atrophie cérébrale infantile. — 324. M. Nordau. De la castration de la femme. — 322. M. Perdrier. Des lésions du lobule de l'insula. — 326. M. Larrieu. Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer de la langue, et en particulier de la ligature atrophiante des artères linguales. — 327. M. Philippon. Contribution à l'étude de l'entorse des cinq dernières vertèbres cervicales. — 328. M. Chevrot. Recherches sur la rétraction de l'aponévrose palmaire et de son traitement chirurgical.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 35 2 SEPTEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 1er septembre 1882.

Académie de médecine. — SUR LES AMÉLIORATIONS A INTRODUIRE DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS.

Avec une ténacité digne des plus grands éloges, M. Marjolin poursuit depuis de longues années une véritable lutte dirigée contre la force d'inertie que l'Assistance publique oppose à la réalisation des réformes et dee innovations dont l'expérience a démontré la nécessité dans les hôpitanx d'enfants. La communication que M. Marjolin a faite à la dernére séance de l'Académie ne marquera pas seulement une étape nouvelle dans cette voie de revendications humanitaires ; il est permis d'espérer que, revêtues de la sanction de l'Académie, les réformes proposées par cet homme de cœur trouveront meilleur accueil auprès d'une administration omnipotente ou qui se croit telle.

Sans doute, bien des choses seraient à dire sur les différents points abordés par M. Marjolin, bien des questions de détail fourniraient matière à discussion. Mais il importait, avant tout, de fixer la question de principes, de proclamer l'urgence à mettre les ressources de l'hospitalisation en rapport avec les besoins d'une population qui va tonjours croissant et de faire bénéficier l'organisation des hôpitaux d'enfants de l'expérience acquise. C'est ainsi que l'a entendu l'Académie, et on ne saurait trop l'en féliciter.

E. RICKLIN.



CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL LAENNEC

(M. DAMASCHINO.)

DES HÉMOPTYSIES CHEZ LES PHTHISIQUES, leçons recueillies par M. G. VARIOT, interne des hôpitaux, revues par l'auteur.

Messieurs,

Vous avez pu voir pendant près d'une année, couchée au no 20 de notre salle Monneret, une jeune fille de dix-sept ans environ, pâle, chétive, dans un état de cachexie profonde. Elle était affectée d'une arthrite fongueuse du poignet gauche que nous avons successivement traitée par l'immobilisation, la compression, les révulsifs et qui, du reste, ne suppura jamais. Le visage de cette malade, notamment les paupières et le front ainsi que le haut de la région cervicale, présentaient en outre, à divers degrés de développement, de nombreux boutons d'acné varioliforme dont nous la débarrassâmes en les excisant l'un après l'autre avec des ciseaux courbes. Je mettrai sous vos yeux, à la fin de la séance, des préparations microscopiques de cette intéressante dermatose.

Notre malade se plaignait à peine de tousser ; elle n'accusait aucune expectoration et disait notamment n'avoir jamais craché de sang : néanmoins, eu égard à l'émaciation de tous

FEUILLETON

IX. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes-rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Les premières installations sanitaires à Shing-King, à Chinkiang, à Hanhow. — Les premières observations. — Contributions volontaires des indigènes. — Répugnance des Chinois pour l'hôpital.

Voici comment on peut se faire une idée de la manière dont se sont établies les stations sanitaires dont j'ai parlé dans le précédent article :

En 1861, la *Medical missionary Society* confie au révérend docteur Graves 60 dollars (300 francs) *for medical purposes* à Shingking, aeienne capitale de la province du Kwantung, à 90 milles au-dessus de Cautew, sur le *West river*. Après plusieurs tentatives infructueuses, le révérend loue le rez-de-chaussée d'une boutique et y installe des médicaments et du vaccin ; mais le local était petit et mal disposé : on ne pouvait y établir des consultations régulières. Deux mois après, il trouve une installation plus propice. Il fixe les 5, 15 et 25 de chaque mois chinois pour les consultations, et les lundis pour les vaccinations. Il vient chaque fois de 50 à 300 malades. Des Chinois de bonne volonté se prêtent à l'établissement d'une vaccination régulière. Mais les parents ne voulaient point fournir le vaccin de leurs enfants de peur de les affaiblir ; on fut obligé de louer des pauvres. Mais on avait peur de la syphilis, de la lèpre. Cependant, la première année, on avait vacciné 400 enfants : on avait vu au dispensaire 3,060 malades. La moitié avait des maladies des yeux, dont une partie était incurable. On fit 71 opérations d'eutropion. Le reste se composait principalement de rhumatismes, de scrofules, de maladies de la peau et des organes respiratoires.

A Chinkiang, première station sur le Yang Tz', à 156 milles de

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février, 18 mars, 8 avril, 3 juin, 1er juillet et 26 août.

ses tissus, à l'état véritablement cachectique dont ne pouvait rendre entièrement compte l'affection articulaire, je procédai avec soin à l'examen de la poitrine et je constatai qu'il existait une induration occupant tout le sommet du poumon droit; à ce niveau, l'on percevait, surtout dans les inspirations profondes, quelques râles humides et ceux-ci, pendant les secousses de la toux, devenaient plus nets et surtout plus nombreux; lorsqu'on engageait la malade à parler, la voix présentait au même niveau un retentissement fort exagéré; enfin, la diminution incontestable de la sonorité thoracique ne laissait aucun doute sur l'existence d'une induration pulmonaire, laquelle, en raison des symptômes généraux et de la coexistence d'une tumeur blanche, devait être de nature tuberculeuse.

L'affection thoracique fit, sous nos yeux, des progrès rapides : les signes de la période de ramollissement devinrent manifestes en quelques semaines; en même temps que l'on percevait des râles caverneux, l'expectoration était plus abondante et caractéristique.

Trois mois après son entrée, la malade nous montra, pour la première fois, du sang dans son crachoir; déjà les symptômes cavitaires s'étaient étendus à tout le sommet droit, où l'on entendait des gargouillements, du souffle et une bronchophonie intense. Des crachements de sang peu abondants se firent ainsi à divers intervalles vers la fin de l'année 1880 et au commencement de l'année 1881; ils ne se prolongèrent pas au delà de quelques jours, après lesquels on voyait l'expectoration reprendre ses caractères ordinaires; mais la malade s'affaiblissait rapidement, la maigreur faisait des progrès de plus en plus considérables; enfin, la fièvre hectique s'allumait, et, à plusieurs reprises, le dépouillement de la langue faisait craindre l'apparition du muguet.

Il y a douze jours, cette jeune fille rendit, en quelques instants et après quelques efforts de toux, un verre de sang pur : l'hémorrhagie toutefois diminua très vite et sembla s'arrêter au bout de trente-six heures sous l'influence des boissons glacées, de la teinture de digitale et des injections souscutanées d'ergotine; mais, deux jours après cet accident, à notre visite du matin, nous trouvions vide le lit de cette malade; elle avait succombé presque subitement dans la nuit, pendant une dernière hémoptysie, après avoir entièrement rempli son crachoir de sang. La mort était due certainement à cet accident, je ne dis pas, remarquez-le bien, à cette perte sanguine.

Cette terminaison de la tuberculose est loin d'être rare : pour juger du degré de fréquence de cet accident ultime, nous sommes mieux placés que partout ailleurs, dans cet hôpital, où nous recevons un grand nombre de tuberculeux que nous conservons jusqu'au terme de leur longue maladie. Je l'ai déjà observé dans mon service, sept fois depuis deux ans. Mais ce n'est pas seulement, vous le savez tous, à cette période terminale de la phthisie pulmonaire que peuvent survenir des hémoptysies; le plus souvent, elles sont très précoces, et, dans certains cas, elles marquent en quelque sorte le début de la maladie. Un individu bien portant jusqu'alors ou du moins offrant les apparences d'une bonne santé, expectore tout d'un coup une quantité plus ou moins abondante d'un sang rouge, spumeux, à peine mêlé de quelques mucosités; l'hémorrhagie peut se reproduire plusieurs fois et se prolonger une semaine et plus avec les modifications que vous connaissez : au début, le liquide rendu est d'un rouge vif, rutilant; les jours suivants, sa couleur change, et l'on observe des crachats d'une teinte plus ou moins foncée, brunâtres ou même noirâtres, parfois assez visqueux, colorés par le sang qui remplissait les fines bronches et les vésicules pulmonaires correspondantes et qui s'élimine sous cette forme : il n'est pas rare de trouver quelques petits coagulums dont l'aspect allongé rappelle immédiatement celui des fins canaux bronchiques sur lesquels ils semblent moulés.

Si l'on ausculte le malade à ce moment, on peut trouver des signes positifs de tuberculose, révélant l'existence d'une induration occupant l'un des sommets, ou bien l'on constate seulement des foyers de râles dits hémoptoïques, irrégulièrement disséminés, qui disparaissent lorsque cesse l'hémoptysie.

C'est en s'appuyant sur des faits de ce genre, dans lesquels l'hémorrhagie paraissait avoir précédé toute lésion appréciable du poumon, que l'on a voulu faire jouer au sang épanché un rôle pathogénique dans le développement du processus tuberculeux; nous reviendrons sur ce point.

Les hémoptysies graves, à répétition, s'observent au contraire chez les phthisiques avancés, dont les poumons sont creusés de cavernes multiples, comme notre jeune fille nous en offre un exemple. La caractéristique de ces hémorrhagies, c'est leur abondance, leur tendance à se reproduire sous l'influence

---

Shanghaï, le premier rapport sur le *Chinese dispensary* comprend de juin 1864 à juin 1865.

Le docteur Gentle annonce qu'il a ouvert un dispensaire, *consulting room*, sur sa jonque. Les malades arrivèrent de loin et dans toutes les directions. La publicité se fait rapidement en Chine, par communications directes et par affiches. L'affiche était un grand moyen d'information en Chine à une époque où elle était encore inconnue chez nous, et on n'en fait certainement pas un plus grand usage à Paris ou à Londres que dans la moindre ville chinoise, et les illétrés absolus étant moins nombreux en Chine que dans nos contrées, elles ne manquent jamais de lecteurs. Le dispensaire de Chikiang vit passer 4,264 malades dès la première année. Les dépenses furent promptement couvertes par des souscriptions et par un honoraire qui fut réclamé de tous ceux qui pouvaient payer C'était en moyenne 50 cashs ou sapèques, c'est-à-dire vingt centimes.

Les maladies observées ont été : les fièvres intermittentes et rémittentes, l'hydropisie, l'anémie, la dysentérie, l'asthme et la bronchite, le rhumatisme, la névralgie, la dyspepsie. Quelques cas de lèpre tuberculeuse de gravité moyenne. Peu de phtisies. Il y avait aussi un grand nombre de maladies d'yeux. L'iridectomie fut souvent pratiquée, et avec succès. La cataracte fut rencontrée rarement. Beaucoup de fumeurs d'opium, alarmés par la perte des forces et de l'appétit, par des troubles nerveux, venaient demander un remède qu'ils supposaient exister. On leur donnait de bons conseils sous forme de brochures.

Le dispensaire d'Hankow fut fondé en juin 1863, en même temps qu'un hôpital où furent traités la première année 30 hommes et 2 femmes. Bien qu'Hankow, ville de l'intérieur sur le Yang Tz', à 600 milles de Shanghaï, paraisse assez réfractaire à l'élément européen, la foule accourut au dispensaire. Il y eut des gens de toute condition, des officiers tartares, des mandarins civils, des gradués littéraires, des marchands, des braves (il y a une garnison considérable à Hankow) et des mendiants.

Le *Shoh-Taï*, ou chancelier littéraire de la province, envoya même de Wu-Chang sa jeune fille, âgée de quinze ans, résider près de l'hôpital pour se faire soigner par le médecin. Parmi les souscripteurs, on compte depuis le *Taotaï* jusqu'à des malades de l'hôpital même, et des sommes souscrites depuis 50 taels (environ 400 francs) jusqu'à 100 cash (40 centimes). Cependant, ce que

de la moindre cause ou même sans aucune circonstance occasionnelle appréciable : c'est enfin leur extrême gravité, puisqu'elles peuvent déterminer subitement la mort des malades. Il vous importe de connaître le mode pathogénique et les caractères cliniques de ces hémoptysies, d'autant plus qu'elles peuvent survenir chez des tuberculeux dont les lésions pulmonaires sont localisées et consistent à peine en quelques petites cavernes sans retentissement périphérique. Dans ces circonstances, vous comprenez comment il se peut faire que ces altérations étant peu étendues, évoluent lentement, sourdement, sans éveiller parfois l'attention du malade ou de ses proches. De là résulte la possibilité d'erreurs très graves de pronostic, erreurs que vous devez éviter avec le plus grand soin.

Par quel mécanisme peut-on se rendre compte des hémoptysies survenant chez les phthisiques à ces deux périodes et quelle en est la cause? Si nous connaissons bien aujourd'hui le mode de production des hémorrhagies tardives, par contre nous devons avouer que les théories pathogéniques proposées pour expliquer les crachements sanguins du début de la tuberculose ne sont pas sans prêter à la critique. La raison en est probablement que les autopsies faites à ce moment même sont extrêmement rares, cet accident n'offrant pas au début la haute importance qu'il acquiert à la période des cavernes : on n'a donc pas l'occasion d'étudier exactement les lésions correspondantes du poumon et en conséquence, nous en sommes à peu près réduits à de simples hypothèses que je dois cependant vous rappeler brièvement. Pour la majorité des auteurs il existerait de véritables fluxions, des poussées congestives qui accompagneraient le développement des granulations tuberculeuses, fluxions d'une intensité telle qu'elles pourraient aller jusqu'à la rupture des capillaires. Je ne voudrais pas contredire d'une façon absolue cette manière de voir; cependant je ne puis m'empêcher de faire observer que l'oblitération des vaisseaux marche de pair avec le processus tuberculeux, lors de la néoformation des granulations : c'est là un fait que M. Cornil a surabondamment démontré. D'autre part, j'ai examiné un grand nombre de poumons de jeunes sujets ayant succombé à la méningite tuberculeuse et chez lesquels existait une granulie généralisée : or dans ces cas, j'ai bien souvent trouvé le parenchyme pulmonaire exsangue ou à peu près. Je ne conteste pas que dans les phthisies aiguës, il puisse survenir des hypérémies, des congestions plus ou moins étendues, mais on peut affirmer qu'elles ne sont pas liées fatalement à la présence, au développement des granulations tuberculeuses. Vous savez d'ailleurs combien sont rares les crachements sanguins de quelque importance dans le cours de la phthisie miliaire aiguë : je n'en ai observé qu'un seul exemple chez une jeune fille de 18 ans qui succomba à la suite de ces hémorrhagies : encore n'oserai-je assurer qu'indépendamment des granulations dont le parenchyme pulmonaire était en quelque sorte farci, il n'existait pas une ou plusieurs cavernules, point de départ de lésions artérielles; je serai d'autant moins affirmatif à cet égard que l'on trouvait à la racine des bronches, de gros ganglions caséeux, indices de quelque lésion probablement ancienne.

Nous ne sommes pas réduits à de simples conjectures pour expliquer les hémoptysies des périodes avancées de la tuberculose, alors que les cavernes se sont formées. Les documents sur ce sujet, bien que de date pour la plupart récente, sont actuellement assez nombreux et surtout fort précis. On retrouve déjà dans Bœrhave, dans Joseph Franck, une ébauche de nos idées actuelles sur les altérations vasculaires auxquelles doivent être rattachées ces hémorrhagies.

Laennec n'avait fait qu'entrevoir la vérité; mais c'est dans l'immortelle clinique d'Andral qu'il faut aller chercher la première description explicite de la lésion et de la rupture d'un gros vaisseau contenu dans une bride traversant une caverne. Andral s'exprime de la façon la plus nette à cet égard : « Nous n'avons pu, dit-il, trouver qu'une seule fois l'orifice du vaisseau rompu, dont le sang s'était vraisemblablement échappé pour remplir la caverne. Ce vaisseau était contenu dans une bride qui traversait la cavité et qui s'était déchiré. Son orifice béant était bouché par un petit caillot fibrineux, de couleur blanche, qui, à l'aide d'un stylet, fut aisément extrait du vaisseau; on put alors s'assurer que la cavité de celui-ci était conservée. »

C'est à un médecin anglais, Fearn, que nous devons les notions positives sur le mode pathogénique des hémoptysies graves chez les tuberculeux. Fearn en 1841, puis Pencock, remarquèrent que les altérations des vaisseaux pulmonaires dans la paroi de la caverne pouvaient donner naissance à de véritables poches anévrysmales, susceptibles de se rompre comme celle de l'aorte ou des autres artères. Je vous citerai sur ce même sujet, les recherches de Rokitousky (1861), celles de Cotton,

---

signale le docteur Porter Schmidt est tout à fait exceptionnel. Les dispensaires des missions ne sont généralement fréquentés que par la plus basse classe, et, pas plus dans les villes ouvertes qu'à Pékin, les gens aisés, les gens lettrés, ne consentent à demander des conseils aux médecins européens. S'il est vrai qu'il y ait quelques progrès à constater sous ce rapport, je ne crois pas qu'ils soient considérables (1).

La répugnance des Chinois pour l'hôpital est toujours la même, et si l'on en voit quelques-uns à l'hôpital de Shanghai, comme je le dirai plus loin, c'est assez exceptionnel. Je ne sais ce qu'il est advenu de l'hôpital fondé en 1863 à Hankow et dont il vient d'être question; il est probable que les malades n'ont guère dépassé le dispensaire (*out-doors*). Mais le docteur Begg nous apprend, dans le dernier compte rendu des *Customs medical Reports* (31 mars 1881), que le 1er mai 1880 il a ouvert, dans cette même ville d'Hankow, un petit hôpital pour les Chinois, *construit pour lui*, chose digne de remarque, par la *Mission catholique romaine*.

(1) Une partie de ces renseignements ont été consignés dans mon rapport à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Ce petit hôpital contient douze lits pour les hommes, autant pour les femmes, une salle d'attente, une salle de consultations et une salle d'opération. L'intention du docteur Begg est de n'y recevoir que des cas chirurgicaux et des maladies aiguës. « Chaque jour, dit-il, me montre plus clairement combien il est difficile de soumettre les Chinois à un traitement suivi, même à l'hôpital, pour une maladie interne. Leurs habitations, leur manière de vivre, leur alimentation, leur saleté, leur ignorance et leurs préjugés y opposent des obstacles jusqu'ici insurmontables. »

Cependant, il se trouve des hommes d'une situation élevée qui comprennent les services que de telles institutions peuvent rendre à leurs compatriotes.

Le docteur Myers, de Takow (il est de Formose) rapporte, dans ce même compte rendu (mars 1881), que, en 1878, après la mort prématurée du docteur D. Manson, dont les rapports tiennent une grande place dans les *Customs Reports*, les résidents firent construire en l'honneur de sa mémoire un bâtiment dans l'hôpital pour les étrangers et les Chinois, qu'il dirigeait avec beaucoup de distinction.

L'ouverture solennelle du nouveau bâtiment fut présidée par le

de Quain, le mémoire important du Danois Rasmussen (1868), celui de Powel ; en France les observations de M. Sevestre, de MM. Cornil et Lépine, de M. Debove, de M. Rendu, de M. Homolle et enfin les miennes propres qui ont fait l'objet de plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux. Vous trouverez un résumé de ces divers travaux dans les *Leçons cliniques* de M. le professeur Jaccoud, dans la thèse inaugurale du docteur Chardin et dans celle d'un de mes anciens élèves, M. le docteur Wasquez.

Il n'est pas sans intérêt pour vous de connaître dans le détail ces anévrysmes de l'artère pulmonaire dont la perforation peut donner lieu à des accidents foudroyants. Placé en général dans la paroi d'une excavation, à laquelle il est plus ou moins adhérent, le sac fait à l'intérieur de la caverne une saillie variable. On a vu la poche artérielle en rapport avec une grosse bronche ; au moment de la perforation le sang se trouve alors directement versé dans l'arbre bronchique : cette disposition peu commune existait dans la troisième observation de Douglas Powel (1) et dans un des faits que j'ai eu l'occasion d'observer.

La configuration de ces anévrysmes, peut présenter toutes les variétés observées pour les extasies artérielles des membres ou de l'aorte. Dans une première série de faits, la moins commune sans contredit, la tumeur résulte de la dilatation fusiforme d'une branche de l'artère pulmonaire. On a même vu cette dilatation être multiple et constituer plusieurs poches placées presque bout à bout à la façon des grains d'un chapelet ; cette disposition très rare a été signalée et figurée par le docteur Quain au nom de M. John Williams dans le 17e tome des *Transactions of the Pathological Society* (2). Je fais passer sous vos yeux la projection de cette véritable varice anévrysmale; vous pouvez voir sur une branche artérielle cinq poches successives.

Le plus souvent le sac extasique se développe sur la paroi d'un vaisseau rampant dans la caverne et représente très exactement un anévrysme sacciforme ; d'autrefois, mais moins fréquemment, il semble placé à l'extrémité d'une artère dont la portion terminale est oblitérée. La poche anévrysmale est d'un volume en général médiocre à peine égal à celui d'une aveline plus rarement d'une noix, une seule fois on l'a vu atteindre les dimensions d'une petite orange : à ce point de vue, la tumeur anévrysmale que je vous présente aujourd'hui est tout à fait exceptionnelle puisqu'elle mesure 4 centimètres de long sur 2 1/2 de large.

Le point le plus intéressant de ces lésions artérielles réside dans l'étude de l'orifice qui est le point de départ des hémorrhagies. Cette perforation se présente soit comme une déchirure linéaire, une sorte de fente des parois, soit sous l'aspect d'une lamelle décollée constituant en quelque sorte une véritable sonpape, soit enfin sous la forme d'une perte de substance plus ou moins arrondie. Elle est quelquefois partiellement comblée par un petit caillot qui a pu, pendant un certain temps, servir d'obturateur, et ne laisser échapper le sang qu'à des intervalles variables; cette disposition est très remarquable sur la pièce recueillie chez notre malade et permet de comprendre la prolongation de la vie malgré la répétition des hémorrhagies, ainsi que l'arrêt relativement facile de ces dernières.

Tantôt la poche anévrysmale est tout à fait vide ; tantôt elle renferme un peu de sang coagulé, de couleur noirâtre; tantôt enfin, vous trouverez à son intérieur quelques caillots lamellaires à demi adhérents. Il est extrêmement rare que le contenu du sac soit constitué comme dans la plupart des autres anévrysmes par des couches stratifiées de fibrine, les plus internes fortement colorées par les globules sanguins emprisonnés. Cette disposition existait dans un des faits que j'ai observés en 1879 ; vous en trouverez dans les mémoires de la Société médicale des hôpitaux une planche très exacte d'après une aquarelle de M. Michaux, alors mon interne.

La pièce que je vous fais passer en ce moment et qui provient de notre malade de la salle Monneret, offre un plus grand intérêt encore. Vous pouvez voir sur la coupe que j'en ai faite combien les parois de la poche anévrysmale sont épaisses, et vous constatez tout de suite qu'elles sont formées par un très grand nombre de couches fibrino-cruoriques, disposées concentriquement et se recouvrant à la façon des feuilles lamellaires d'un oignon; mais si vous examinez attentivement la cavité, vous voyez que l'intérieur en est tout à fait blanc et se

(1) Douglas Powell, Some cases illustrating the pathology of fatal hœmoptysis in advanced Phthisis. Transact. of. Path. Soc. 1871, p. 48.

(2) Docteur Quain for John Williams, Varicose aneurysmal dilatation of two small branches of the pulmonary artery. Trans. of the Path. Soc. 1866, p. 80.

Futaï. Ce personnage, ainsi que le *Taotaï* et le *Chêntaï*, fournirent d'importantes souscriptions annuelles, et leur exemple fut suivi par un grand nombre d'indigènes. Le *Taotaï* a en même temps lancé une proclamation pour répandre dans le public l'objet de l'institution et exprimer la sympathie qu'elle lui inspirait.

(A suivre.)

ÉPIDÉMIES. — D'une dépêche reçue à Bordeaux et datée de Gorée, il résulterait que l'état sanitaire paraissait s'améliorer. Huit décès causés par la fièvre jaune avaient été constatés jusqu'au 11 août, mais les six malades qui étaient à l'hôpital au moment du départ du paquebot le *Sénégal*, étaient en bonne voie de guérison. On affirmait de plus que Dakar, Rufisque et Saint-Louis, étaient indemnes.

Par contre, d'après le journal le *Temps*, le choléra aurait fait de nouveau son apparition en Europe. En effet, depuis quelque temps déjà, des bruits persistants signalaient la présence de cette affection en Arabie et en Egypte ; mais le fléau n'ayant pas pris d'extension, peu à peu les craintes s'étaient dissipées.

Voici maintenant que diverses dépêches annoncent que l'épidémie cholérique sévit à Varsovie, où, depuis le 4 août, soixante-huit personnes ont été atteintes, sur lesquelles vingt-sept ont succombé.

Enfin, on télégraphie de Limerick qu'un navire ayant eu à bord deux cas de choléra asiatique, est arrivé à Feynes et a été soumis à la quarantaine.

***

CONCOURS POUR L'INTERNAT EN MÉDECINE DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siége général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

trouve tapissé par une paroi dont l'aspect vous rappelle immédiatement celui de la tunique interne d'une artère; c'est qu'en effet les caillots ne se sont pas formés dans l'intérieur même du sac, mais bien autour de lui, refoulant en quelque sorte la paroi de la caverne sur les anfractuosités de laquelle ils se sont moulés, d'où résulte le volume absolument exceptionnel de la tumeur anévrysmale. Ce fait, très intéressant, n'est peut-être pas unique. On doit probablement rattacher à un processus analogue un caillot stratifié, que M. Liouville a rencontré à l'intérieur d'une caverne chez un phthisique mort d'hémorrhagie et dont il a présenté les pièces à la Société anatomique.

Les altérations des tuniques artérielles d'où résulte la formation de l'anévrysme sont dues au processus ulcératif du voisinage. Pour vous permettre de les bien comprendre, je dois vous rappeler en quelques mots la disposition habituelle des gros vaisseaux au niveau des cavernes. Vous savez, en effet, que le travail d'ulcération auquel sont dues les cavités tuberculeuses n'intéresse pas également les divers tissus qui se rencontrent dans le parenchyme pulmonaire : les artères d'un certain calibre résistent plus longtemps que les alvéoles qui sont bien rapidement atteints par le processus destructif. Il en résulte que les troncs artériels importants sont conservés et font saillie à l'intérieur des cavernes; ils constituent ainsi des sortes de brides qui tantôt traversent de part en part l'excavation tuberculeuse à la façon d'un pont et tantôt adhèrent par un de leurs bords à la paroi de la cavité pathologique; dans ce dernier cas, leur disposition rappelle très exactement celle de certaines colonnes charnues du cœur. Or, si ces branches artérielles volumineuses échappent à la destruction totale, elles subissent néanmoins des modifications de structure fort importantes et très heureuses pour les malades.

Le plus souvent le développement de la caverne tuberculeuse a pour effet de faire apparaître dans le vaisseau contigu une endartérite qui finit par oblitérer le calibre de l'artère et empêcher, lorsque celle-ci vient à être détruite par l'ulcération, l'effusion du sang.

CHIRURGIE PRATIQUE

REMARQUES SUR LE LIPOME, par M. A. MARFAN, interne des hôpitaux.

L'anatomie pathologique du lipome peut être considérée comme à peu près complètement connue, si on l'envisage au point de vue microscopique, on trouve à cet égard dans l'ouvrage de Cornil et Ranvier un excellent résumé de la question.

Mais l'anatomie pathologique macroscopique, celle qui établirait les rapports de la tumeur avec les tissus voisins, celle par conséquent qui intéresserait au plus haut degré le chirurgien semble imparfaitement étudiée : les auteurs en disent peu de mots et ce qu'ils en disent est en général peu explicite.

Il nous a été donné d'observer dans le service de M. Théophile Anger, un malade porteur d'un lipome. Ce malade a été opéré.

L'opération a été particulièrement intéressante et cela pour deux motifs : le premier, c'est qu'elle a dévoilé une erreur de diagnostic; le second, c'est qu'elle a mis sous nos yeux, une tumeur dont nous étions loin de prévoir la constitution et les rapports avec les tissus voisins. C'est dans le but d'attirer l'attention sur cette forme spéciale de lipome que nous publions l'observation suivante, en la faisant suivre de quelques considérations inspirées par l'enseignement de M. Théophile Anger.

Observation :

Lipome diffus siégeant au-dessus de la nuque, dans le cuir chevelu.

Le nommé Célestin G..., âgé de 23 ans, entre le 28 avril 1882, dans le service de M. Théophile Anger, à l'hôpital Cochin (salle Saint-Jacques, no 12).

Il y est amené par une fracture bi-malléolaire, qui ne présente rien de particulier. On le place dans un appareil plâtré, le lendemain de son entrée à l'hôpital. Cet appareil est enlevé le 4 juin. La fracture est consolidée; mais le malade a encore quelques raideurs articulaires : on lui annonce qu'il a quelques jours à rester à l'hôpital. Il déclare alors qu'il veut profiter de son séjour pour se faire enlever une tumeur dont il est porteur. Cette tumeur siége à la nuque, du côté gauche, au niveau du cuir chevelu.

A cet égard, voici les renseignements que nous avons recueillis :

Le malade appartient à une famille où l'on est en général très gros; lui-même a toutes les apparences d'un individu dont le tissu adipeux est fort abondant. Il est charretier, et cette profession nous fait supposer qu'il doit être alcoolique. Il est le seul dans sa famille qui soit porteur d'une tumeur de ce genre.

C'est vers l'âge de sept ans qu'il sentit pour la première fois dans la région indiquée une tumeur toute petite dont le volume était comparable à celui d'une noisette. Il ne se souvient pas d'avoir reçu un coup à ce niveau. Il dit nettement qu'à cette époque la tumeur n'était pas sphérique, mais un peu aplatie.

A aucune époque le malade n'a souffert de la tumeur.

A l'âge de 10 ans, c'est-à-dire trois ans après l'apparition de la tumeur, il a les fièvres dans l'Ille-et-Vilaine : il raconte qu'elles ont duré trois mois, qu'il avait un accès tous les deux jours. Il ne se rappelle pas qu'on lui ait donné du sulfate de quinine.

Cette maladie n'a eu aucune influence sur le développement de la tumeur, qui a été progressif.

A l'âge de 20 ans, sa tumeur avait à peu près un volume moitié moindre de celui qu'elle a au moment de son entrée à l'hôpital. Bien qu'il soit très vigoureux, on l'exempte du service militaire, à cause de sa tumeur.

Quand il entre à l'hôpital pour sa fracture, les caractères de la tumeur sont les suivants : elle a la forme d'une demi-sphère parfaite; elle a le volume du poing; elle siège à la nuque, du côté gauche, et au niveau du cuir chevelu; la peau qui la recouvre dans sa partie culminante ne possède pas de cheveux. Cette tumeur est presque sessile, à peine peut-on reconnaître un rudiment de pédiculisation.

Au palper, la tumeur ne donne pas la sensation qu'elle soit lobulée; elle est un peu molle : elle est recouverte par une peau qui semble un peu amincie; elle est la seule tumeur que présente le malade.

On diagnostique un kyste sébacé.

L'opération a lieu le 13 juin; on la juge si facile qu'on ne donne pas le chloroforme au malade.

M. Théophile Anger nous fait opérer sous ses yeux. Une incision verticale est faite, qui comprend toute l'étendue de la tumeur. Cette incision est faite assez profonde pour qu'elle nous conduise sur la poche du kyste présumé; mais, au lieu de tomber sur une poche, nous arrivons sur des lobules graisseux, isolés, séparés les uns des autres par des tractus fibreux très résistants et très épais. Ces tractus s'insèrent d'une part sur la face profonde de la peau; d'autre part ils s'enfoncent dans l'épaisseur de la tumeur.

A ce moment, l'opération s'annonce comme devant être laborieuse, et on regrette de ne pas avoir endormi le malade.

Sur les conseils de M. Anger, nous disséquons la tumeur avec des ciseaux, en sectionnant les tractus fibreux au niveau de leur insertion, à la face profonde de la peau. Nous arrivons ainsi presque sur l'aponévrose profonde, au point où elle s'insère à la ligne courbe supérieure de l'occipital; la tumeur est solidement attachée à cette aponévrose. Nous sectionnons toujours les tractus fibreux avec des ciseaux, et, après une dissection d'une demi-heure environ, la tumeur est enlevée en un seul bloc.

Pendant la durée de l'opération, nous avons rencontré quelques petites artères, dont il a été facile d'arrêter le jet par la forcipressure.

La cavité qui résulte de l'ablation a des parois très nettes qui montrent qu'on n'a rien laissé de la tumeur.

Après l'ablation, la peau a des dimensions telles qu'on est obligé d'en couper environ un centimètre de chaque côté de l'incision. On rapproche ensuite les parois; on maintient le rapprochement par deux petites bandes de gaze appliquées sur les deux lèvres de la plaie.

Pansement de Lister.

Drain qui sort à l'extrémité inférieure de l'incision.

Le 15 juin, les parois ayant une certaine tendance à se désunir, on applique le système des sutures sèches employé ordinairement par M. Théophile Anger, qui consiste dans des agrafes fixées des deux côtés aux lèvres de la plaie, au moyen de collodion, et réunies par des fils élastiques.

Le 1er juillet, la plaie est complètement cicatrisée; il ne reste plus au malade qu'une cicatrice linéaire.

Le malade sort le 3 juillet. Sur une coupe faite après l'ablation, la tumeur s'est montrée cloisonnée dans tous les sens par du tissu fibreux, et dans les mailles de ce tissu fibreux on trouve des pelotons adipeux pareils à ceux du tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu. Ces pelotons sont de grosseur variable; les plus gros sont comme une noisette.

Le centre de la tumeur n'est nullement ramolli, comme on l'a observé dans certains lipomes, le tissu en est le même qu'à la périphérie.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Revue critique à propos des Leçons de M. le professeur Fournier, par M. Albert Robin, médecin des hôpitaux (1).

En 1859, Duchenne avait remarqué que quelques-uns de ses malades atteints d'ataxie avaient subi l'infection syphilitique constitutionnelle: depuis cette époque, on releva çà et là et pour ainsi dire par hasard des antécédents de syphilis dans quelques cas de tabes dorsal, mais ces données n'avaient nullement attiré l'attention et elles étaient restées à l'état de faits isolés et sans signification étiologique précise, quand M. le professeur A. Fournier constata le premier et développa en 1875, dans ses leçons de l'hôpital de Lourcine, la connexion étroite de causalité entre la syphilis et le tabes.

Cette affirmation, basée sur trente cas de tabes, dont vingt-quatre étaient syphilitiques, au point de vue de leurs antécédents, ne fut pas admise sans conteste; parmi les opposants, les uns nièrent absolument toute parenté: d'autres, se refusant à admettre que la syphilis puisse jamais produire une maladie systématique de la moelle, accordèrent qu'elle peut engendrer certains symptômes du tabes en affectant sur quelques points les cordons postérieurs; d'autres enfin répudièrent le rapport direct et concédèrent que la syphilis peut être une cause prédisposante du tabes, comme de l'anémie, de la phthisie, etc. Mais si des objections nombreuses lui furent faites, la théorie nouvelle reçut aussi l'appui d'un grand nombre de cliniciens, et, parmi les plus éminents, je citerai M. le professeur Vulpian, MM. Siredey, Féréol, Gowers, Erb, Quinquaud, Cazalis, etc.

Néanmoins les critiques du début imposaient de nouvelles recherches, car il ne s'agissait pas d'une simple question doctrinale de pathogénie, mais le sujet comportait un intérêt pratique de la plus grande importance. Si le tabes spécifique existe réellement, cela ne constitue-t-il pas une chance de salut pour les malheureux atteints de cette affection jusqu'à présent incurable? Et, d'autre part, cette notion d'un danger nouveau de la syphilis ne peut-elle conduire à une médication préventive? La guérison possible de certains tabétiques affirmés, la recherche et la découverte éventuelle de moyens prophylactiques du tabes, n'est-ce pas là un programme d'une si haute valeur que, pour le remplir, il ne fallait laisser dans l'esprit des contradicteurs aucun doute qui ne fût définitivement éclairé?

M. le professeur Fournier publie aujourd'hui les leçons qu'il a faites à l'hôpital Saint-Louis: ces leçons sont la réfutation la meilleure que l'on pouvait faire aux objections qui s'étaient élevées; elles complètent de la manière la plus probante le programme dont je viens de parler, car elles s'appuient sur un nombre de faits qui défie toute erreur de série: sur cent trois cas d'ataxie locomotrice bien formelle, M. Fournier a noté quatre-vingt-quatorze fois des antécédents *incontestables* de syphilis, soit une proportion de 91,26 0/0. Et, pendant la rédaction de ses leçons, la statistique s'est encore enrichie, puisqu'elle accuse cent vingt-huit cas d'ataxie, sur lesquels cent dix-neuf étaient syphilitiques, soit 93 0/0 environ.

Cette statistique, que l'on pourrait qualifier d'écrasante, répond victorieusement à la première question que l'on est en droit de se poser, et à la solution de laquelle la première partie des leçons de M. Fournier est consacrée: Est-il vrai, indéniable, que la syphilis figure très fréquemment dans les antécédents de l'ataxie?

Voilà donc un fait acquis et actuellement indiscutable: en effet, l'idée lancée par le professeur Fournier en 1875 a fait son chemin, et voici des observateurs qui apportent à sa statistique l'appui de leurs investigations; Erb, au Congrès de Londres, affirmait récemment que, sur 100 cas de tabes, il

(1) *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique* (tabes spécifique) — Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis par M. Alfred Fournier. — 1 vol. in-8; Paris, G. Masson, 1882.

y en avait 88 de syphilitiques ; Althaus montait le rapport à 90 0/0. En préssnce de ces faits, personne n'est plus en droit de nier la relation dirscte et d'invoqusr la coïncidence.

Voyons pourtant quelles sont lss objections que l'on fait sncore, et malgré tout, à la doctrins du tabes spécifiqne : pour cela, js n'ai qu'à suivre les lsçons ds M. Fournier dans le chapitre remarquable de verve st ds sagacité qu'il consacrs à cette question.

Le tabes prétendu syphilitique n'a pas de symptômes propres! Telle est la prsmiêre objection. Elle paraît irréfutable, à première vue, car de la longue st intéressante analyse cliniqns à laquelle M. Fournier a consacré la plnpart ds ses leçons, il ressort qne le tabes syphilitique n'a de spécial que ses particularités de combinaisons morbides, de formes associées, d'évolution, et qu'il ne peut revendiquer aucun symptôme pathognomonique. Mais l'épilepsis, l'hémiplégie, la paraplégis syphilitiqnes, ont-elles un symptôme de cet ordre ; la syphilis du cerveau en reconnaît-elle un seul, et la lésion d'un système médullaire quelconqus peut-elle se traduire autrement que par un groupe symptomatiqus univoque, qu'elle soit produite par la syphilis ou telle autre influence morbide ?

La même réponss est applicable à cette objection que l'ataxie syphilitiqus n'a pas de lésion propre. Evidemment, nons ne trouverons dans l'anatomie pathologiqus aucun caractère spécifique, st pourtant l'on pourrait signaler la fréquence relative de la méningite, la tendance envahissante du processus du côté des cornes antérisurss et des cordons latéraux. Mais la sclérose sst l'sxpression la plus habituelle des lésions de la syphilis, et l'on peut dire qu'slle l'accompagne partout, depuis l'induration ds son chancrs originel jusqu'à ses cirrhoses tertiaires. Ce n'est donc pas cetts analogis anatomique qui rapproche ls tabes spécifiqus des autrss manifestations syphilitiques, que l'on aurait ls droit d'invoquer pour lui dénier son origine.

On a pris alors cet argument qu'il n'est pas dans les allures ds la syphilis ds produire des lésions systématiques. Or cette objection nous raménsrait, si slls était adoptée, aux beaux jours de la scholastique et de l'argument d'écols, puisqu'elle ne tendrait à risn moins qu'à opposer une doctrine à un fait, ce qui serait la négation de toutes les conquêtes de la science moderne. Mais M. Fournier ne se contente pas de cet argument indirect, et prenant le mot « *systématique* » dans le sens vraiment compréhensif qu'il comporte, il démontre que la syphilis, qui se localiss parfois sur les systèmes osseux, pileux, cutané, muqueux, lymphatique, peut être systématique à l'occasion et que sa systématisation sur les cordons postérieurs a cela de particulier qus, si elle s'y cantonne au début, elle acquiert cependant peu à peu un caractère de complexité qui intéresse les centres nerveux dans plusieurs de leurs districts principaux.

D'ailleurs, cstte vue de M. ls professeur Fournier trouve sa confirmation dans les travaux déjà anciens de M. Pierret (de Lyon) (1), qui dès 1879, avait vu de la manière la plus formells qu'il y avait dans le tabes un foysr périphérique de lésions nerveuses. Nous voilà loin de l'objection de systématisation au sens où l'entendaisnt csux qui l'ont formulée.

Mais voici venir l'objection fondamentale : Faisant appel au vieil aphorisme « *Naturam morborum*..... », les opposants dissnt : le tabes observé chez lss syphilitiques n'est pas un tabes spécifique, puisqu'il n'éprouve aucun bénéfice du traitement de la syphilis. — Et, ds fait, l'objection paraît capitale, puisque M. Fournier dit lui-même n'avoir jamais sncore obssrvé de « *guérison complète.* »

Mais, dans cette maladie progressive par sxcellence, soulager certains symptômes, immobiliser le mal, c'est déjà un résultat qui a bien sa signification, surtout qnand on réfléchit que dans la plnpart des cas, ls traitement spécifiqne n'a été institué qu'à une époque éloignée du début ds l'affection, alors que le tabes était constitué au point de vue de sa lésion anatomique. Or, cette lésion elle-même n'est qu'un résidu, un *caput mortuum*, comme toutes les sclérosss. Une fois développés, elle est au-dessus ds toutes les thérapeutiques, puisqu'ells est la fin et l'aboutissant d'un processus, et que la maladie prise dans son essentialité lui est antérieure.

Vraiment, on pourrait appliquer ici, à cette sclérose tabétique, ce qus M. J. Renaut dit des scléroses rénales dans le remarquable travail qu'il vient d'inspirer à Hortolès et dont on pent résumer ainsi l'une ds tsndances : le mal de Bright est le terme commun d'inflammations rénales initialement très diverses, distinctes par leur étiologie, quoique cliniquement *encore* (1) analogues entrs elles.

Et, dans la moelle comme dans ls rein, c'est seulement à cetts période initials que la thérapsutique psut s'adresser avec succès, car, comms le dit M. Fournier, on ns peut pas remédisr à ce qui n'existe plus et régénérer avec du mercurs des départements anatomiques anéantis. Il est donc merveilleux déjà qu'on ait pu immobiliser la maladis constituée et soulager quelques-uns de ses symptômes.

Le traitement ne doit donc pas arriver sn rstard sur les lésions ; le tabes doit être surpris à l'état naissant, et par conséquent, ls médecin doit ls connaître sous formes multiples si nombreuses et si variées, de façon à ls dépister dès sa prsmiêrs origine et à lui appliquer de suite le traitement spécifique. Aussi M. Fournier consacre à la clinique du tabes spécifique la majeure partis ds ses leçons, étudiant avec la plus grande précision la période préataxiqns, si remarquable par son polymorphisms, ses troubles de ssnsibilité générale, douleurs fulgurantes, rachidiennss, hyperesthésies, anesthésies, troubles oculaires, génito-urinaires, locomoteurs, gastriques, laryngés, olfactifs, auditifs, rectaux, etc.; puis la période ataxique avec les formes diverses que peut revêtir le tabes quand la maladis se présente sous un aspect très différent de cslui qu'on lui connaît ordinairement, c'est-à-dire les formes amaurotique, laryngée, articulairs et hémiataxique. Puis viennent les formes associées : dans lss unes, le tabes est associé à des phénomènes d'ordrs médullairs, soit à des accidsnts paralytiques qui ls précèdent et l'accompagnent (ataxo-paraplégie), soit à des symptômes variés d'atrophis musculaire (ataxo-atrophie). Dans lss autres, l'ataxis sst conjuguée à des phénomènes d'ordrs cérébral. Ces derniers peuvent préluder au tabes; ce sont alors des troubls psychiques, des accès épileptiformes, des ictus congestifs apoplectiformes, l'hémiplégie st les troubles complsxes composant cs qu'on appelle la pseudo-paralysie générale dss syphilitiques. D'autres fois, ces phénomènes sont consécutifs à l'ataxie ; ce sont des accidents

(1) C'est le professeur Pierret qui a décrit le premier en France les altérations nerveuses périphériques du tabes. — Voy. Soc. de biologie, 1882. — Rectification de priorité à ce propos.

(1) J'ajoute « *encore* » à la rédaction ds M. J. Renaut, car la chimie biologique commence déjà à saisir des linéaments de dissemblance.

d'épilepsie, d'aphasie et des troubles intellectuels à forme délirante ou dépressive, et même encore la paralysie générale. De ces associations résulte un type étrange, formé d'une combinaison par parties à peu près égales de symptômes cérébraux, combinaison dans laquelle la note cérébrale peut dominer au point de masquer le tabes. Et la syphilis ayant pour attribut particulier de multiplier les lésions et de les disséminer sur divers territoires nerveux, on conçoit que ces formes associées soient notoirement communes dans le tabes de la syphilis.

L'évolution de cette ataxie est, pour M. Fournier, lente, chronique, continue et progressive. Mais les malades sont emportés souvent avant la phase ultime de cachexie par un incident aigu, une tuberculose pulmonaire, ou par une des associations morbides précédemment indiquées. Plus rarement M. Fournier a observé des cas à marche rapide, et d'autres dans lesquels l'incoordination motrice a été précoce et même initiale.

Comme le répète à plusieurs reprises M. Fournier, c'est en connaissant bien toutes les faces cliniques du tabes spécifique qu'on pourra le saisir à son début et réaliser le grand œuvre de sa guérison.

Le traitement peut se résumer en trois grandes indications: frapper tôt, frapper fort, frapper longtemps. Le mercure en frictions à la dose quotidienne de 6 à 20 gr. de pommade mercurielle double, l'iodure de potassium à la dose de 4 à 8 gr., administrés suivant la méthode alterne, voilà la base fondamentale du traitement. Comme accessoires, les bains, les révulsifs, les cures hydrominérales de La Malou, Néris, Balaruc, Ragatz, Plombières, Aix, Uriage, etc.; quelquefois l'hydrothérapie et l'électricité.

A propos de l'efficacité du traitement au début, je viens d'être à même d'observer un fait qui corrobore si bien les affirmations et la conviction profonde de M. le professeur Fournier, que je crois utile de le rappeler rapidement. Le 5 juillet dernier, j'étais consulté par un Russe de 41 ans pour des gommes ulcérées siégeant aux membres inférieurs. Quand je lui demandai s'il avait eu la syphilis, il me répondit qu'il avait été soigné en 1876 par mon regretté maître Gubler, pour des accidents nerveux, et il me donna la consultation qu'il avait conservée et apportée avec lui. Or cette consultation portait comme diagnostic : « Parésie de la troisième paire du côté gauche, crises gastralgiques, rachialgie, douleurs en cuirasse, urétbralgie, pas d'incoordination motrice; ataxie locomotrice au début. Origine spécifique ?? » Comme traitement, Gubler avait ordonné deux cautères de chaque côté de la colonne vertébrale, des frictions mercurielles et trois grammes d'iodure de potassium. Aux interrogations que je lui adressai alors, le malade répondit qu'il avait eu un chancre induré en 1872; ce chancre fut soigné à Saint-Pétersbourg, et le médecin constata quelque temps après une éruption sur la poitrine; puis le malade eut des plaques muqueuses sur les bourses et au pourtour de l'anus. Le traitement mercuriel fit disparaître rapidement les accidents et fut cessé aussitôt. En janvier 1876, le malade s'aperçut un matin, en mettant ses bottines, qu'il voyait double; quelques jours après, il éprouva des besoins d'uriner fréquents et assez douloureux. Son médecin lui donna du bromure de potassium; mais en février, les accidents ne cessant pas et les divers phénomènes relatés dans la consultation de Gubler étant peu à peu apparus, le malade se décida à venir consulter à Paris. C'était un mois et demi environ après l'apparition des premiers accidents. Très consciencieux et fort soigneux de sa santé, il fit méticuleusement le traitement de Gubler et le suivit pendant six mois environ, avec des interruptions de 8 à 10 jours par mois. Or, tous ces symptômes de tabes au début disparurent *complètement*, et le 5 juillet, quand je vis ce malade, il n'avait pas d'autre accident que ses gommes ulcérées : plus de douleurs, plus de sensation de cuirasse, rien du côté de la musculature oculaire non plus que du côté de la vision, pupilles normales et contractiles sous l'influence de la lumière et de l'accomodation, réflexes rotuliens conservés, démarche assurée dans l'obscurité. En un mot, guérison parfaite ayant subi l'épreuve d'une durée de six années. On peut objecter qu'il s'agit ici d'un diagnostic rétrospectif, mais la consultation de Gubler est d'une netteté qui ne laisse prise à aucun doute, puisqu'à la suite de l'énumération des symptômes, il a écrit le diagnostic auquel l'avait conduit leur association, et ce diagnostic était : ataxie locomotrice au début. J'ajouterai que ce Russe m'a raconté avoir eu, un peu avant l'apparition de sa diplopie, une surexcitation génitale singulière; les désirs étaient fréquents, mais l'érection se maintenait fort peu de temps, et l'éjaculation survenait parfois après la chute de l'érection. Tous ces phénomènes ont disparu, et la puissance virile, quoiqu'un peu affaiblie, n'a plus rien qui l'inquiète actuellement.

Il est hors de doute que les cas semblables où l'on peut saisir le mal à son début sont d'une grande rareté, aussi M. Fournier insiste-t-il sur ce précepte capital qu'il faut traiter énergiquement et longtemps la syphilis à ses débuts, en prévision des manifestations graves de son avenir tertiaire; la syphilis commençante doit être traitée autant pour ce qu'elle est que pour ce qu'elle peut devenir plus tard. Et cette affirmation que le tabes peut être prévenu par l'énergie du traitement, trouve sa preuve dans l'évidence de la statistique de M. Fournier, qui démontre que presque invariablement le tabes est une conséquence de syphilis négligées ou insuffisamment traitées à leur origine.

Cette donnée est la plus importante de celles que fournit l'étiologie. M. Fournier ajoute que l'ataxie syphilitique, telle qu'il l'a observée jusqu'à présent, s'est produite avec une supériorité de fréquence incontestable à la suite de syphilis originairement bénignes.

Il me semble qu'après la lecture des leçons de M. Fournier, il ne peut subsister aucun doute sur la doctrine qu'il a le premier soutenue au sujet des connexions de la syphilis et du tabes; d'ailleurs, les adhésions arrivent maintenant de divers côtés, et nombre d'observateurs ont publié déjà des faits tendant à établir l'influence possible des agents spécifiques sur le tabes (1).

La campagne engagée par M. Fournier en 1875 peut donc être considérée comme terminée. L'éminent professeur a obtenu gain de cause sur tous les points; non seulement il a établi un fait scientifique d'une valeur essentielle, mais il a ouvert à la thérapeutique curative et surtout préventive des horizons nouveaux dont l'importance est d'autant plus capitale que la manifestation à laquelle elle s'adresse était restée jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art et considérée comme incurable, dès l'éclosion de ses premiers symptômes.

ALBERT ROBIN.

(1) Voyez en particulier les observations de Rumpf et de Hammond, avec guérison complète.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Maladies du système nerveux

OBSERVATION D'HÉMIPLÉGIE COMPLIQUÉE D'HÉMIANESTHÉSIE, par le docteur Ross.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, auparavant bien portante, qui fut frappée subitement il y a quatre ans d'une attaque apoplectique. Elle reprit connaissance au bout de quelques minutes, mais se trouva dans l'impossibilité de marcher par suite d'une paralysie de la jambe droite. Le bras droit, qui était engourdi, ne paraissait pas autrement affecté. Le pouvoir moteur revint au bout de quelques semaines dans la jambe, mais il subsiste de l'engourdissement. Il y a deux ans eut lieu une seconde attaque. Cette fois la perte de connaissance dura une semaine, et le bras et la jambe furent tous deux frappés. L'usage de la parole fut également perdu pendant quelques semaines. Depuis, le bras droit et la jambe correspondante ont continué à être le siége d'un engourdissement des plus notables, et la vue a considérablement baissé.

Actuellement, la malade a l'aspect d'une femme robuste et bien portante, et, sauf une légère claudication, elle ne présente aucun signe manifeste de paralysie. La main droite serre les objets presque aussi fortement que la gauche. Le réflexe rotulien du même côté paraît légèrement augmenté. Il existe une diminution notable de la sensibilité de la moitié droite du corps (face, membres et tronc). Lorsque la malade a les yeux fermés, elle apprécie très imparfaitement les différences de poids des objets placés dans la paume de la main droite. Si on met dans cette même main un objet quelconque, un livre par exemple, la malade peut le tenir aussi longtemps qu'elle a les yeux fixés sur lui. Mais qu'on vienne à distraire son attention, immédiatement le livre glisse sans qu'elle ait conscience de sa chute. Le goût et l'odorat sont complètement abolis à droite. L'ouïe est diminuée du même côté, à ce point que le tic-tac d'une montre n'est perçu qu'à une distance d'un pouce, alors qu'il l'est à une distance de douze pouces du côté gauche. Le champ de la vision est également très restreint à droite. Le pouls est un un peu dur, mais le cœur ne présente pas de signe de lésion. Il n'y a pas d'albuminurie.

Il y a longtemps que Hughlings-Jackson a fait remarquer la coïncidence possible de l'hémianesthésie dans les cas d'hémiplégie où la jambe est plus atteinte que le bras. Cela tiendrait à ce que les fibres du faisceau pyramidal, qui président aux mouvements du membre inférieur, sont postérieures aux fibres qui président aux mouvements du bras : elles sont donc plus rapprochées du faisceau sensitif pédonculaire dans son trajet ascendant à travers la capsule interne. On comprend dès lors qu'une hémorrhagie limitée puisse intéresser simultanément des organes aussi voisins, alors que les tractus destinés au bras et à la face demeurent relativement indemnes.

CHORÉE POSTHÉMIPLÉGIQUE. HÉMIANESTHÉSIE. HÉMIANOPSIE, par le docteur Ross.

Cette observation se rapporte à un homme de 32 ans, qui faisait en 1875 partie d'un régiment aux Indes. Un jour, en jouant avec ses camarades, il perdit subitement connaissance et tomba. Il resta une semaine à l'hôpital, puis fut renvoyé en Angleterre. Il raconte qu'il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé durant son voyage et qu'il n'a repris ses sens qu'à Netley. Lorsqu'il revint à lui, il s'aperçut qu'il était paralysé de la moitié droite du corps. Trois mois avant qu'il vînt s'adresser à M. Ross, à la suite d'une frayeur occasionnée par un chien, il devint sujet à de violentes convulsions cloniques occupant tous les muscles de ce côté.

Aujourd'hui, cet homme paraît bien portant. Il est de taille moyenne et bien musclé. Tous les muscles de la moitié droite du corps, y compris ceux du tronc et de la face, sont le siége de fortes convulsions cloniques. La jambe se fléchit et s'étend alternativement sur la cuisse. Le pied affecte la forme du pied-bot varus équin, et les différents segments des orteils sont fortement fléchis les uns sur les autres. L'avant-bras est à angle droit sur le bras; la main est fléchie sur l'avant-bras et les phalanges recourbées les unes sur les autres. Le pouce est dévié vers la paume de la main et recouvert par les autres doigts. Le bras exécute des mouvements rapides d'adduction et d'abduction ; il est aussi violemment projeté en avant et en arrière.

De temps à autre, ce sont des mouvements de rotation qui se produisent. Le côté droit de la face est le siége de contorsions, et le malade ne peut tirer la langue à cause des contractions des muscles de la mastication. La parole est brève et saccadée. La respiration est inégale et entrecoupée, par suite des convulsions des muscles respiratoires. Enfin les contractions des muscles du tronc impriment au corps des mouvements désordonnés. Il existe une hémianesthésie incomplète de la moitié droite du corps, et une épingle passée à travers la peau n'y détermine qu'une douleur modérée. Le goût, l'ouïe et l'odorat ne paraissent pas atteints. En revanche, le champ de la vision est très diminué; mais, en raison de l'impossibilité où se trouve le malade de fixer les yeux sur un objet quelconque, il est impossible d'apprécier le degré exact de cette diminution. Autant qu'on peut en juger, il s'agit là d'une hémianopsie droite.

Dans les cas de chorée post-hémiplégique, on a toujours trouvé la lésion dans la zone de distribution de l'artère optique postéro-externe. Une lésion de ce genre peut intéresser la partie postérieure de la capsule interne et déterminer une hémiplégie associée à l'hémianesthésie. Mais quelle est la cause des convulsions cloniques qui surviennent dans les muscles affectés ? L'auteur pense que cela tient à ce que cette région de l'encéphale est traversée par les fibres qui unissent le cerveau au cervelet. Une lésion de ces fibres détruit l'équilibre qui existe entre les contractions toniques ou continues qui sont sous la dépendance du cervelet, et les contractions cloniques ou alternatives présidées par le cerveau. Dans un cas d'hémiplégie avec hémianesthésie et hémiopie publié récemment par Mendel, une lésion a été trouvée dans la partie postéro-externe de la couche optique gauche. Une bande de dégénérescence secondaire s'étendait de ce point au pédoncule cérébelleux supérieur du côté opposé. Ce fait renferme la démonstration anatomique de l'existence dans la partie postérieure de la couche optique de fibres qui réunissent le cerveau et le cervelet. Mais dans quelle mesure la lésion de ces fibres est-elle susceptible de déterminer les convulsions cloniques? C'est là une question encore mal résolue. Il y a là tout un champ d'explorations ouvert aux observateurs. (MEDICAL TIMES AND GAZETTE, 29 juillet 1882.)

Dr GASTON DECAISNE.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE

Association française pour l'avancement des sciences

ONZIÈME SESSION

CONGRÈS DE LA ROCHELLE

Section des sciences médicales.

Séance du 24 août 1882.

Dès la séance d'inauguration terminée, il est procédé dans chaque section à l'élection du bureau.

Sont élus :

Président : M. le professeur AZAM (de Bordeaux).
Vice-présidents : MM. le professeur HENROT (de Reims).
le professeur LEUDET (de Rouen).
DROUINEAU père (de La Rochelle).
DUPLOUY (de Rochefort).
Secrétaires : MM. MUSGRAVE-CLAY.
PETIT.
GIRANDEAU.
LECLERC.

M. le professeur VERNEUIL est élu président d'honneur par acclamation.

Séance du 25 août (matin).

PRÉSENTATION D'APPAREILS. — M. TRICOUT soumet successivement à l'appréciation des membres de la section de médecine :

1o Un pessaire à sous-cuisses mobiles en forme de coquetier, échancré d'un côté à sa partie supérieure, ce qui lui donne l'aspect d'un siége à dossier. Cette disposition, dit-il, est très favorable pour combattre les rétroversions et les antéversions du col utérin. Les prolapsus les plus volumineux sont bien maintenus avec cet appareil, qui est très facile à introduire.

2o Un suspensoir auquel il a donné son nom. Il est fait d'une seule pièce avec du tricot en soie. Le hamac, en forme de nid de pigeon, enveloppe le scrotum ; il est surmonté de deux passements avec boutonnière pour se fixer à une étroite ceinture. Ses avantages sont, dit l'auteur, 1o que la verge n'est pas prisonnière ; 2o qu'il est exempt de sous-cuisses et que la suspension se fait à volonté.

3o Un injecteur silencieux, dont nous nous bornons à résumer, d'après son inventeur, les avantages qu'il présenterait, c'est-à-dire 1o qu'il est étanche ; 2o qu'il n'est pas sujet à se boucher ; 3o qu'il ne donne aucun bruit ; 4o la simplicité de sa construction.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE DANS QUELQUES AFFECTIONS DES OS. — M. DE MUSGRAVE-CLAY termine la lecture d'une observation par les conclusions suivantes :

1o Le seigle ergoté en poudre, à la dose de 40 à 75 centigrammes, chez un enfant de six ans, a donné, dans un cas de tumeur blanche au début, des résultats très heureux ; consécutivement à son emploi, on a vu la douleur diminuer, la suppuration osseuse se tarir, les mouvements se rétablir, l'organisme se remonter.

Il convient de rapprocher ce cas de ceux qui ont été publiés par M. Duboué dans ses « *Etudes sur le médicament et la série médicamenteuse.* »

2o Il est permis de penser, et un fait récent paraît le confirmer, que l'action du seigle ne s'exerce pas exclusivement dans le domaine du système osseux.

3o L'observation actuelle prouve, comme l'avait déjà établi M. Duboué, que l'on peut impunément administrer pendant longtemps, et à doses élevées, le seigle ergoté, sans avoir ordinairement à redouter d'accidents d'intoxication.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE GUÉRIS PAR LA CAUTÉRISATION DU COL UTÉRIN. — M. MAURY (de Mortagne-sur-Gironde) lit un nouveau travail destiné à compléter le premier mémoire qu'il a publié en 1868 sur la même question. Il communique sept observations nouvelles, dont quatre sont dues à ses confrères MM. Brard, Barbot, Laignier et Chassain. Toutes ont été suivies d'un succès complet ; aucune d'elles n'a prod moindre accident.

Si l'on ajoute, dit-il, les cinq premières observations du mémoire publié en 1868, on arrive à un total de douze cas scrupuleusement observés, lesquels sont des exemples frappants de guérison et dont aucun n'a été suivi d'accident.

M. Maury se croit en droit de conclure que l'heure est venue, en vulgarisant son procédé, de faire entrer dans la pratique obstétricale un moyen thérapeutique véritablement héroïque et qui permet de sauver des malades qui sont fatalement voués jusqu'à présent à la mort.

SURDI-MUTITÉ PAR OTOPIÉSIS OU PAR COMPRESSION DE L'OREILLE. — M. BOUCHERON, trouvant insuffisantes les notions pathogéniques de la surdité infantile et de la surdi-mutité, expose que beaucoup de sourds-muets deviennent sourds par suite d'une maladie de l'oreille, dont voici le mécanisme :

Quand, pour une raison quelconque, la trompe d'Eustache vient à être oblitérée, l'air contenu dans la caisse du tympan est absorbé de la même façon que l'air injecté dans le tissu cellulaire souscutané. Le vide alors se produit et la pression atmosphérique, sans contre-poids, pèse un kilogramme par centimètre carré de surface sur la membrane du tympan. Cette pression est transmise par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique. Ce liquide étant incompressible transmet la pression dans toutes les directions avec une égale intensité et écrase les extrémités du nerf acoustique au point où elles pénètrent dans la cavité du labyrinthe Il y a d'abord anesthésie, puis dessication du nerf acoustique.

M. Boucheron a constaté directement le point de départ de sa théorie, c'est-à-dire le vide de la caisse, en ouvrant sous l'eau une caisse de tympan dont la trompe d'Eustache était oblitérée. Quant au second point, la destruction des terminaisons nerveuses acoustiques, il a été vérifié histologiquement sur un jeune chien, tout à fait sourd, dont M. Ranvier a examiné le limaçon à l'état frais. Or, si le vide préalable dans la caisse est le point de départ de certains accidents de surdité et de surdi-mutité, on pourra les arrêter, dans une certaine mesure, en faisant pénétrer de l'eau dans la caisse du tympan, en temps utile, c'est-à-dire avant la destruction du nerf acoustique. L'auteur a déjà réuni plusieurs observations favorables.

LA MORPHIOMANIE ET LE MORPHINISME. — La question traitée par M. PAUL LANDOWSKI est des plus importantes ; elle peut se résumer ainsi :

L'habitude d'abuser des injections de morphine se répand de plus en plus. Il y a déjà des pays en Europe où le mal est tellement développé qu'il a fallu instituer des maisons de santé spéciales pour guérir les morphiomanes qui ne peuvent plus s'en passer, ainsi que les personnes atteintes du morphinisme, c'est-à-dire de la maladie produite par l'abus de la morphine. D'après les statistiques, qui ne sont pas, il est vrai, assez complètes, l'Allemagne est, à l'heure qu'il est, le pays où la morphiomanie fait le plus grand nombre de victimes.

M. Landowski attire l'attention du corps médical sur ce fait qu'en France le vice commence aussi à gagner du terrain, et il fait remarquer qu'il n'est que temps d'aviser. Sur 160 observations que l'auteur a pu réunir, il y a 56 médecins et 28 personnes touchant à la médecine (femmes de médecins, sages-femmes, gardemalades, etc.), d'où il ressort que notre profession fournit un contingent considérable.

M. Paul Landowski décrit avec détails les symptômes de la morphiomanie et du morphinisme, ainsi que les résultats nécropsiques. Il en résulte que les morphinistes sont exposés à des stases veineuses, à des hyperhémies viscérales considérables. Aussi

sont-ils emportés par des maladies qui résultent de cet état des choses, surtout par les néphrites.

Après avoir exposé les différentes méthodes de traitement, l'auteur préconise celle qui lui donne les meilleurs résultats et qui peut se résumer de la manière suivante :

Il faut supprimer la morphine graduellement. Dans les premiers jours, on peut descendre très rapidement; l'organisme sursaturé de morphine supporte facilement cette diminution rapide.

En arrivant à la dose de 0,10 centigr. environ par jour, il faut commencer à descendre très lentement et s'arrêter à des doses minimes de 2 ou 3 centigr. par jour, qu'on continuera pendant assez longtemps. Il y a toujours quelques accidents pathologiques pendant cette période; M. Landowsky les fait connaître en donnant en même temps les moyens de les combattre. L'extrait thébaïque donné par la bouche, ainsi que l'hydrothérapie, jouent ici un rôle prépondérant. Après avoir donné les détails de la thérapeutique, l'auteur insiste surtout sur la prophylaxie.

Il voudrait que les injections de morphine ne soient employées que dans les cas vraiment indiqués. Il faut surtout se garder de charger de cette opération le malade lui-même ou quelqu'un de son entourage, car dans ce cas le médecin n'est plus maître de l'administration du poison, et le malade, ne sachant pas distinguer l'abus du besoin, devient souvent morphiomane. Il faut que le public soit instruit que la petite injection n'est pas un calmant inoffensif joignant l'utile à l'agréable, mais que, trop souvent répétée, cette pratique amène toujours une dégradation intellectuelle et physique de l'individu, et, si elle se propageait de génération en génération, elle ne manquerait pas de produire sur la société les effets qu'ont produit l'opiophagie, ainsi que l'habitude de fumer l'opium chez les Orientaux.

M. Verneuil rappelle, à propos de la précédente communication, les accidents que l'on voit parfois survenir, à la suite d'une opération, chez des individus morphiomanes, accidents tels, par exemple, que des phlegmons diffus, qu'un érysipèle de mauvaise nature, une lésion viscérale, accidents auxquels les malades succombent souvent assez rapidement.

M. Rochard cite aussi les phénomènes locaux qui se produisent quelquefois consécutivement à une piqûre de morphine.

Du nystagmus et de l'héméralopie chez les mineurs. — Le mémoire dont son auteur, M. Dransart, de Somain, donne lecture, repose sur 99 observations. L'auteur, qui a déjà présenté divers travaux sur la matière, au Havre en 1877, à Amsterdam en 1879, tire de ses nouvelles études les conclusions suivantes :

1° Le nystagmus des mineurs est une parésie des organes élévateurs de l'œil (muscles et nerfs tout à la fois) parésie produite par la fatigue des élévateurs, occasionnée elle-même par le travail dans les veines peu élevées et les galeries basses.

Cette parésie est indépendante d'une lésion centrale du système nerveux, ainsi que de tout vice de réfraction.

L'atonie générale, l'anémie et le défaut d'éclairage, sont des facteurs secondaires importants, mais non essentiels à la production du nystagmus des mineurs.

2° Il existe chez les mineurs une héméralopie intimement liée au nystagmus, mais qui peut exister indépendamment de cette affection.

3° Le nystagmus des mineurs est une affection curable; il ne peut et ne doit pas être considéré comme un cas d'exemption absolu du service militaire, ainsi quo l'auteur en a vu un exemple il y a peu de temps encore.

Gastro-entérite alcoolique, ses formes dans les diverses classes de la société. — M. Leudet, professeur à la Faculté de médecine de Rouen, donne communication d'un long et intéressant mémoire, fruit de sagaces et patientes observations, dont voici les conclusions :

1° Etudiée dans les diverses classes de la société, la gastro-entérite alcoolique présente des caractères particuliers.

2° Les lésions et les symptômes morbides peuvent se rencontrer simultanément dans l'estomac et dans l'intestin et caractérisent la gastro-entérite; d'autres fois, les lésions frappent plus spécialement l'estomac ou l'intestin.

3° La qualité des alcools consommés paraît contribuer moins à la pathogénie des divers accidents que le mode d'ingestion des alcooliques; la preuve principale se tire de la nature des accidents observés chez les marchands de vins et liqueurs en gros et les patrons des débits de liquides fréquentés par la classe ouvrière.

4° La continuité de l'ingestion des alcooliques, sa quantité relativement modérée est le mode d'absorption des hommes de la classe aisée.

5° L'ouvrier joint à cette habitude de consommation des alcooliques celle d'exagérer momentanément et d'une manière considérable la quantité des boissons ingérées.

6° La forme de gastro-entérite, de gastrite ou d'entérite, plus spéciale aux hommes de la classe aisée, est la forme catarrhale, dont la durée peut être de beaucoup d'années.

7 La forme de gastro-entérite aiguë, subaiguë ou chronique, est plus fréquente dans la classe ouvrière.

8° L'ulcère de l'estomac, fréquent chez les ouvriers, existe aussi chez les gens de la classe aisée; chez eux, il affecte la forme chronique.

9° Les troubles nerveux vomitiques et intellectuels sont habituels dans les deux catégories de malades.

10° Les hépatites, les altérations vasculaires, sont relativement plus fréquentes et plus lentes chez les alcooliques de la classe aisée.

État sanitaire de la ville de Rochefort. — Rochefort était autrefois une ville fort mal répartie au point de vue sanitaire, la mortalité y était considérable encore au siècle dernier, surtout dans la période automnale. Mais depuis les premières années du dix-neuvième siècle, les choses ont complètement changé, et, depuis dix ans surtout, la décroissance dans la mortalité est des plus notables, de plus, le maximum s'est déplacé, d'automnal il est devenu hivernal. Les faits d'impaludisme ont diminué aussi beaucoup. Il n'y a pas eu depuis fort longtemps d'épidémie de fièvre typhoïde, pas plus en ville que dans les casernes.

La diphtérie y est une maladie fort rare, sa décroissance est incessante. La variole et la rougeole sévissent comme partout.

Enfin, la mortalité y est plus faible qu'à Toulon, et tandis qu'en France la mortalité générale est de 1 sur 43,4, celle de Rochefort est de 1 sur 42,4.

M. Bourrat, chirurgien en chef de la marine et auteur du mémoire que nous venons d'analyser, dit, en terminant, que la fièvre typhoïde est moins meurtrière à Rochefort qu'ailleurs.

— La séance est levée à onze heures quinze minutes.

Varèle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 août 1882. — Présidence de M. E. Blanchard.

Pathologie. — L'ophthalmie purulente factice produite par la liane à réglisse ou le jequirity du Brésil. Note de M. L. de Wecker, présentée par M. Wurtz.

Depuis des siècles, on se sert, à l'intérieur du Brésil, de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jequirity (suivant la dé-

signation employée communément au Brésil) pour le traitement des ophthalmies, et ce moyen jouit dans le peuple d'une très grande vogue. La liane à réglisse (*Abrus precatorius*) appartient à la famille des Légumineuses. C'est un arbrisseau de l'Afrique et de l'Asie tropicale transplanté en Amérique. Ses graines, rouge corail, à hâle noir, très luisantes et très dures, servent pour faire des chapelets et des colliers, que l'on vend beaucoup en Orient.

Un produit cristallisé, que la maison Rigaud avait fait extraire des graines de la liane à réglisse, fut tout d'abord essayé en instillations et en injections sous-cutanées, à la clinique du docteur de Wecker, mais sans qu'on pût observer aucune action particulière. C'est alors qu'on se servit de ces graines suivant la recette populaire, à la façon usitée à l'intérieur du Brésil, c'est-à-dire en faisant une faible infusion à froid des graines préalablement réduites en poudre. On arrive alors promptement à constater l'action suivante :

1· Appliquée en lotions, cette infusion détermine rapidement une ophthalmie purulente d'aspect croupal, dont on peut doser, jusqu'à un certain point, l'intensité suivant le nombre des lotions faites ;

2· Cette purulence se produit avec une promptitude égale à celle des inoculations provoquées avec le pus d'une ophthalmie purulente ou d'une blennorrhagie. Elle peut être poussée, par un emploi prolongé des lotions, jusqu'à une intensité presque égale à celle d'une ophthalmie inoculée :

3· L'ophthalmie factice, produite par des lotions avec l'infusion des graines de la liane à réglisse, se dissipe, dans l'espace de dix à quinze jours, sans aucune intervention thérapeutique, et paraît ne laisser courir, pendant toute sa durée, aucun danger à la cornée, même lorsque celle-ci se trouve être le siège d'une ulcération antérieure.

Cette faculté particulière qu'offrent ces graines, de provoquer une ophthalmie factice fort intense, mais de courte durée, pourra être très avantageusement utilisée en thérapeutique oculaire, pour le traitement des granulations, du pannus, de la diphthérie conjonctivale, etc. Ce moyen est appelé à remplacer avec un grand profit les inoculations, qui présentent toujours un certain danger. Ce procédé de provoquer une inflammation substituée, d'un dosage assez facile, pourra aussi être utilisé dans le traitement des maladies d'autres muqueuses, et la réputation des feuilles de la liane à réglisse dans la toux croupale est depuis longtemps établie chez certaines peuplades de l'Orient.

Physiologie. — **Les nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille.** Note de MM. Dastre et Morat, présentée par M. Paul Bert.

Dans une série de communications précédentes, nous avons exposé les expériences qui démontrent la fonction vaso-dilatatrice du nerf grand sympathique à l'égard des vaisseaux d'une notable partie de la face, chez le chien. Il nous reste maintenant à faire connaître d'autres exemples de nerfs vaso-dilatateurs appartenant au même système. La fonction nouvelle que nous attribuons au sympathique repose sur des faits observés chez différents animaux, ou chez un même animal sur différentes parties du système. Nous parlerons d'abord de l'innervation vasculaire de l'oreille externe ; cette région, comme on le sait, a été le théâtre des principales recherches de ce genre.

Les données que possède la physiologie sur l'innervation vaso-dilatatrice de l'oreille sont incomplètes ou incertaines. Les faits nouveaux que nous avons à faire connaître à ce sujet peuvent se résumer dans les trois propositions suivantes :

1· Des nerfs vaso-dilatateurs pour l'oreille externe naissent de la moelle dans la région cervico-dorsale.

2· Les nerfs, au sortir de la moelle, sont contenus dans les racines antérieures des paires rachidiennes correspondantes.

On les trouve dans les racines les plus inférieures du plexus brachial, notamment dans la huitième paire cervicale et la première paire thoracique.

3· Confondus d'abord avec les éléments nerveux centrifuges de toute catégorie qui sortent de la moelle par la voie des racines antérieures, les nerfs dilatateurs passent dans le tronc mixte qui fait suite à ces racines. Ils s'en détachent avec les rameaux communiquants et gagnent avec eux la chaîne du sympathique, au niveau du ganglion premier thoracique.

En un mot, ces nerfs vaso-dilatateurs auriculaires ont leur origine dans la moelle ; ils sont contenus dans les racines antérieures ; ils appartiennent au système grand sympathique. Par ces caractères, ils se rapprochent des nerfs vaso-dilatateurs bucco-faciaux que nous avons étudiés précédemment.

Ces conclusions sont fondées sur les trois expériences suivantes :

I. On découvre la partie inférieure de la région cervicale de la moelle épinière, en enlevant, par le procédé connu, les apophyses épineuses et les lames vertébrales correspondantes. On coupe la moelle en ce point, de manière à en faire deux tronçons, l'un céphalique, l'autre caudal ; toute continuité physiologique est interrompue entre les deux segments.

La section a été suivie immédiatement d'une congestion vasculaire très visible dans les différentes régions de la tête. Cette congestion s'atténue et cesse d'être apparente après un temps variable de quelques minutes à une heure. A ce moment, on excite alternativement, à l'aide d'un faible courant tétanisant, les deux segments médullaires. Seule, l'excitation du segment inférieur ou caudal est suivie d'une congestion très vive dans toutes les parties apparentes de la tête, et particulièrement dans les oreilles.

Cette expérience donne le même résultat chez tous les animaux soumis à l'épreuve : chien, lapin, chat, chèvre.

II. La moelle est mise à nu comme dans l'expérience précédente. On isole la huitième paire cervicale et la première thoracique. On sépare les racines antérieures des postérieures, après les avoir coupées les unes et les autres près de la moelle. On les soulève avec un fil, et on les soumet à une excitation électrique de moyenne intensité. On voit bientôt la face glabre du pavillon de l'oreille se couvrir d'une rougeur qui persiste un certain temps et se dissipe ensuite peu à peu, après qu'on a cessé l'excitation Les racines contiennent donc des filets vaso-dilatateurs pour les vaisseaux de l'oreille.

Cette expérience n'est facile à réaliser, dans des conditions de rigueur absolue, que chez le chien.

III. A l'aide d'un procédé que nous avons décrit ailleurs, nous découvrons, sans ouvrir la plèvre, la chaîne du sympathique thoracique et les rameaux communiquants qui viennent aboutir au ganglion premier thoracique, notamment les deux rameaux de la huitième paire cervicale et de la troisième paire dorsale. On coupe les rameaux et l'on excite leur bout périphérique. Le résultat est encore la congestion du pavillon de l'oreille.

Cette expérience se pratique assez facilement chez le chien et chez le chat. Chez le lapin même, il n'est pas très difficile de mettre à nu le ganglion premier thoracique et les rameaux communiquants ; mais il faut se borner à exciter ces nerfs en place, sans les isoler. L'excitation provoque alors sur l'oreille du même côté la plus belle vascularisation qui se puisse voir.

L'innervation que nous venons de décrire rappelle celle de la région buccale que nous avons fait connaître précédemment. Cette concordance dans les résultats, en même temps qu'elle est propre à nous en montrer la généralité, nous est un argument de plus de leur exactitude.

Paléontologie. — M. Emile Rivière fait une communication sur les résultats de ses recherches depuis 1875 jusqu'à ce jour dans les terrains quaternaires du bassin parisien et notamment sur les gisements de Billancourt (Seine). Les nombreux ossements qu'il a recueillis dans les diverses sablières de cette localité appartiennent aux animaux suivants . « Elephas primigenius ou Mammouth, Rhinocéros tichorhinus, Bos primigenius ou Aurochs, Cervus me-

gaceros, Renne », et quelques autres Cervidés, etc. Cette faune, contemporaine de l'homme, comme le démontrent quelques silex taillés trouvés par M. Rivière dans le même milieu, appartiendrait, d'après la classification de M. Albert Gaudry, à la quatrième phase des temps quaternaires du bassin parisien, ou phase tempérée et correspondrait à peu près à la faune de Grenelle et de Levallois-Perret.

M. Rivière a recueilli aussi quelques ossements humains provenant des mêmes gisements, mais il croit devoir garder encore à leur sujet une certaine réserve quant à leur antiquité. Les recherches de M. Rivière à Billancourt complètent celles de Belgrand et de M. A. Gaudry à Montreuil, de MM. Reboux et Martin à Levallois-Perret et à Grenelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1882. — Présidence de M. Larrey.

La correspondance non officielle comprend des lettres de remerciement de MM. Toussaint et Just Lucas-Championnière, lauréats de l'Académie.

— M. Marjolin donne lecture d'un travail intitulé : *Notes sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants.* Voici les conclusions de ce travail, que M. Marjolin demande à l'Académie de vouloir bien appuyer de son autorité :

1° Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants ;

2° Augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants malades par la création dans Paris de deux nouveaux hôpitaux ;

3° Séparer rigoureusement dans des services distincts les enfants atteints de maladies contagieuses ;

4° Créer à Paris un ou plusieurs hôpitaux plus spécialement affectés aux enfants dont la santé et les maladies exigent un traitement et des soins prolongés ;

5° Supprimer la distinction des maladies en aiguës et en chroniques et conserver pour les hôpitaux d'enfants le classement adopté dans les services d'adultes, affections médicales et chirurgicales ;

6° Création d'un service spécial pour les jeunes épileptiques, en dehors des services de Bicêtre et de la Salpêtrière ;

7° Conservation des services internes des teigneux, avec adoption de mesures assurant le fonctionnement régulier du traitement externe ;

8° Conserver et améliorer le traitement à domicile, lorsque les conditions de salubrité de logement et la situation de la famille le permettent et que les maladies ne sont pas contagieuses.

L'Académie ayant adopté le principe des améliorations proposées par M. Marjolin, chacune de ces conclusions est successivement mise aux voix.

La première est adoptée sans modification.

La seconde est l'objet d'une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Fauvel, Henri Roger, Blot, Larrey et Marjolin ; et, sur la proposition de M. Blot, il est décidé que l'on n'indiquera ni le nombre des lits à établir, comme l'avait proposé M. Fauvel, ni le nombre des hôpitaux à créer, comme le portait la rédaction de M. Marjolin. Le mot « deux » sera en conséquence supprimé de celle-ci.

La troisième et la quatrième conclusion sont adoptées sans discussion.

La cinquième conclusion après une discussion à laquelle prennent part MM. Henri Roger, Rufz-Lavison, Marjolin, Larrey, est modifiée par la suppression du premier paragraphe et réduite aux termes suivants : « Adopter pour les hôpitaux d'enfants le classement en usage dans les services d'adultes, affections médicales et chirurgicales. »

La sixième conclusion est modifiée, sur la proposition de M. H. Roger, par l'addition des mots « et idiots » à la suite des mots « les jeunes épileptiques ».

Les septième et huitième conclusions sont adoptées sans modifications.

Sur la proposition de MM. Larrey et Henri Bouley, l'Académie décide que le travail de M. Marjolin et ses conclusions modifiées, adoptées par elle, seront officiellement adressés à M. le ministre de l'Intérieur.

La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 6 juillet 1882. — Présidence de M. Thulié.

M. le docteur Neis offre à la Société une série de 30 crânes cochinchinois et communique 20 pesées cérébrales effectuées par lui au pénitencier de Poulo-Condore.

M. Topinard fait remarquer le grand intérêt de cette communication, car on ne possédait jusqu'à présent que 16 pesées cérébrales relatives aux races jaunes.

M. Sanson demande à M. Neis s'il a constaté qu'il y eût un rapport constant entre la taille et le poids encéphalique des individus observés par lui. Sur la réponse négative de M. Neis, il s'élève contre l'opinion d'après laquelle il existerait une relation entre le poids de l'encéphale et la taille.

M. Manouvrier fait observer que pour faire ressortir l'influence de la taille ou du développement du corps sur le poids de l'encéphale, il est indispensable d'opérer sur des séries assez nombreuses et sur des moyennes, sans quoi les variations individuelles peuvent masquer des relations très réelles et parfaitement établies.

M. Sanson dit que la question du rapport entre la taille et le poids de l'encéphale ne lui paraît guère susceptible de recevoir une solution satisfaisante et que, pour lui, l'existence de ce rapport ainsi que du rapport entre l'intelligence et le poids de l'encéphale n'est pas démontré si les cas individuels ne le révèlent pas.

M. Manouvrier répond que les variations individuelles du poid de l'encéphale obéissent à une loi constante, mais que l'emploi des moyennes avec l'ordination est cependant nécessaire pour isoler les différents facteurs qui peuvent agir simultanément sur le poids de l'encéphale et souvent en sens contraire l'un de l'autre. Les variations individuelles s'expliquent très bien au moyen des lois mises en relief par les moyennes : il faut seulement tenir compte des diverses influences qui agissent sur le poids cérébral et non d'une seule, comme on l'a fait trop souvent. Tel individu petit, mais très intelligent, peut posséder un cerveau plus lourd que tel autre individu plus grand, mais mal doué au point de vue intellectuel, et inversement. Deux individus de même taille et d'intelligence égale présenteront des poids encéphaliques très différents si l'un de ces individus est mince et chétif tandis que l'autre est trapu et bien musclé. Il ne s'agit que d'approfondir l'analyse des conditions qui agissent sur le poids de l'encéphale.

Il n'est plus possible aujourd'hui de nier l'existence d'un rapport entre le développement des facultés intellectuelles et celui de leur organe central, pas plus qu'entre le développement de l'encéphale et celui des principales fonctions de l'organisme. La taille et le poids du corps ne sont que des termes imparfaits qui n'ont de valeur qu'autant qu'ils expriment le développement de ces fonctions non intellectuelles.

Les variations du poids absolu, celles du poids relatif de l'encéphale qui étaient invoquées naguère et qui le sont encore par M. Sanson contre la signification du poids de l'encéphale au point de vue physiologique, ces variations s'expliquent par le défaut de pro-

portionnalité qui existe entre le développement du corps et le développement de certaines fonctions en relation avec l'encéphale, les facultés intellectuelles en particulier. Ces facultés se trouvant aussi développées absolument chez les individus petits que chez les grands, les parties de l'encéphale correspondantes se trouvent plus développées, soit relativement aux autres parties de l'encéphale, oit relativement au poids du corps chez les individus petits. Mais il est clair que l'avantage des petits sous ce rapport disparaît dans les cas où ils sont peu intelligents, de même que des individus grands, mais très intelligents, peuvent présenter un poids cérébral relatif assez considérable. L'examen de la série des mammifères et d'une série d'individus de même espèce présente des cas de ce genre, et il est évident que l'étude seule des moyennes calculées sur des séries assez nombreuses et suffisamment homogènes peut montrer *constamment* l'élévation du poids cérébral absolu et l'abaissement du poids cérébral relatif, à mesure que s'élèvent la taille ou le poids du corps.

Séance du 21 juillet.

PRÉSENTATION D'UN CRÉTIN, par M. BALL.

A propos de cette présentation, M. Bordier critique le mot dont se sert M. Ball pour désigner l'individu en question. Le terme *idiot* aurait l'avantage de ne rien préjuger.

M. DELASIAUVE proteste contre cette manière de voir. Le sujet présenté par M. Ball est idiot, c'est vrai, mais il est en même temps crétin, et il est vraisemblable que son crétinisme a été la cause de son idiotie, bien que tous les crétins ne soient pas forcément idiots. Il y a des individus, et M. Delasiauve en a connu un particulièrement, qui portent le cachet du crétinisme et qui cependant possèdent une intelligence très développée. Le crétinisme est une maladie parfaitement reconnaissable, même en dehors des pays où elle n'existe qu'à l'état sporadique; elle est suffisamment caractérisée ici pour justifier la désignation employée par M. Ball.

BIBLIOGRAPHIE

DES INDICATIONS DU TRÉPAN DANS LES ÉPANCHEMENTS INTRA-CRANIENS CONSÉCUTIFS AUX TRAUMATISMES, par M. le docteur PAUL JOIRE, interne des hôpitaux de Lille, médecin militaire. (Thèse de doctorat, 1882.)

Jadis, on considérait tout trouble physique consécutif à un traumatisme cranien comme le résultat d'un épanchement.

Depuis qu'on a su au dernier siècle et de nos jours séparer cliniquement et anatomiquement la commotion et surtout la contusion centrale, la question des épanchements intra-craniens a pu faire de grands progrès.

Aujourd'hui, l'on peut dire que si certains épanchements peuvent s'effectuer silencieusement et passer inaperçus, la clinique possède des signes certains, l'hémiplégie et le stertor, qui permettront de les reconnaître dans la grande majorité des cas.

Certains auteurs, Follin et Duplay entre autres, ont pu même donner des signes propres aux épanchements de la base, de la voûte et des ventricules.

Le trépan est-il applicable au traitement de l'épanchement et la doctrine des localisations a-t-elle pu justifier davantage ce mode d'intervention.

Tel est le double problème à résoudre : notre jeune confrère de l'armée le tranche par l'affirmative.

Tout en appréciant les raisons qu'il donne dans son consciencieux travail, nous ne saurions souscrire sans réserves à ses conclusions.

Certes la méthode antiseptique a donné, dans ces dernières années, un nouveau lustre à ce trépan préventif si prôné par l'Académie de chirurgie, mais si discrédité au commencement de ce siècle.

Du reste, et M. Joire insiste fortement sur ce point, il ne faudrait pas exagérer l'innocuité de ce trauma, la majorité des chirurgiens n'ouvrent prématurément ou préventivement le crâne que si le traumatisme a déjà préparé la voie par quelque fracture pénétrante.

Mais la question n'est pas là tout entière.

Quels avantages peut-on tirer du trépan dans les épanchements intra-craniens ? Ce mode d'intervention présente-t-il des dangers ? Est-il toujours possible ?

Eh bien ! sans sortir des limites restreintes que nous impose ce journal, nous dirons que le trépan nous semble bon, surtout chez l'enfant, où les adhérences de la dure-mère, comme l'a si bien montré M. G. Marchant dans un travail récent, sont considérables et limitent l'épanchement.

Chez l'adulte, au contraire, l'épanchement s'étale trop, et il faudrait, dans bien des cas, enlever une bonne partie de la voûte pour atteindre ses limites; de plus, la position de la meningée moyenne, origine de presque tous les épanchements, est profonde chez l'adulte, d'où la difficulté de l'hémostase que le caillot assure mieux que tous les moyens utilisés. Enfin, la coexistence fréquente de foyers de contusion rend cette opération trop souvent illusoire et n'empêche pas l'explosion de la méningo-encépalite, rendue plus imminente par la difficulté de rendre aseptique une plaie si anfractueuse et si profonde.

Quant à la doctrine des localisations, nous croyons pouvoir conclure, avec notre excellent maître M. le professeur Gosselin, qu'elle n'est qu'un auxiliaire, et qu'elle reste subordonnée aux indications locales si obscures, comme on le sait, dans la plupart des cas de compression par épanchement.

Quoiqu'il en soit de ces quelques critiques, nous n'en recommandons pas moins la lecture de cet excellent travail, dans lequel le lecteur trouvera exposées les opinions de M. le professeur Follet, l'un des plus savants professeurs de la Faculté de Lille.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES, NOUVELLE MÉTHODE, ETC., AU MOYEN DE NOUVEAUX APPAREILS EN ZINC LAMINÉ, par M. V. RAOUL DESLONCHAMPS, médecin principal de l'armée. — J.-B. Baillière, 1882; gros vol. de 440 pages.

Les appareils préconisés par l'auteur tiennent à la fois des appareils modelés, des appareils moulés et des appareils amovo-inamovibles.

Ils se rapprochent des appareils de Merchie, de Burggraeve et surtout de Sarrazin, et présentent comme eux de grands avantages, surtout dans la chirurgie d'armée, pour laquelle ils semblent avoir été principalement imaginés.

Raoul Deslongchamps cite de nombreuses observations favorables à leur emploi; ils consistent en feuilles de zinc laminé découpées sur des patrons en papier taillés à l'avance.

Au dire de Spilmann, ces appareils ne seraient pas toujours puissants à prévenir le chevauchement et seraient surtout un peu inférieurs à l'appareil de Sarazin (double valve en toile métallique) pour le traitement des fractures compliquées.

Quoiqu'il en soit, les appareils inventés par l'auteur rendent de grands services pour le transport des blessés, car ils maintiennent mieux les fragments que les appareils anciens du

même genre et ne se déforment pas sous la pression des mains.

Enfin, leur transport est facile.

MANUEL DE VIVISECTION, par le docteur CHARLES LIVON, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Marseille. — J.-B. Baillière, 1882.

Le lecteur y trouvera tous les détails nécessaires sur les traitements en usage pour la vivisection, le choix des animaux, la manière de les prendre et de les contenir, enfin les procédés opératoires dans chaque région.

PRÉCIS DE PETITE CHIRURGIE ET DE CHIRURGIE D'URGENCE, par le docteur BERGERON, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté, à l'hôpital de la Charité. — J.-B. Baillière, 1882.

Il est une vérité dont les médecins, surtout à la campagne, doivent bien se pénétrer, c'est que si la chirurgie proprement dite exige de longues études et des aptitudes spéciales, il n'en est pas moins vrai que le praticien doit, le cas échéant, se tenir prêt à exécuter certaines opérations, dites opérations d'urgence, et destinées à conjurer des accidents menaçant la vie à bref délai, et qu'il ne peut se soustraire à cette obligation sans porter le plus grand préjudice à son malade et à la dignité de son art.

C'est dans cet esprit que Louis Thomas écrivait, il y a deux ans, son traité des opérations d'urgence.

M. Bergeron tend au même but : trier dans le cadre chirurgical les opérations nécessaires à pratiquer sur-le-champ, avec leurs indications et le manuel opératoire, et éviter de la sorte au praticien des recherches pénibles dans des traités encombrants ou incomplets, ou dans des monographies trop scientifiques.

Nous ne saurions trop louer l'auteur de cette entreprise, qui répond réellement à un véritable besoin, et nous conseillons vivement la lecture de cet ouvrage, dont les modestes dimensions lui permettent une place dans toutes les poches.

PICQUÉ.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Sous le titre : *La variole et l'antiseptique Pennès*, nous trouvons dans le journal d'Hygiène, un article du docteur Labadie-Lagrave, que nous croyons utile de publier.

Les procédés antiseptiques, fort en honneur dans ces derniers temps, viennent de s'enrichir d'un précieux moyen qui nous a rendu d'incontestables et nombreux services.

Le *vinaigre de Pennès* a réalisé dans nos mains les brillantes espérances que sa composition chimique nous avait permis de concevoir. Depuis près de six mois, nous avons journellement recours à ce puissant agent thérapeutique, *dans notre service des varioleux à l'hôpital Saint-Louis*, et nous ne pouvons que nous louer des brillants résultats qu'il nous a fournis dans ses différents modes d'application :

1° Employé sous forme de pulvérisation à l'aide de l'appareil de Lister et suivant le même procédé que pour les vaporisations phéniquées, le vinaigre de Pennès, étendu de cinq fois son poids d'eau, nous a servi comme moyen de désinfection dans nos salles de varioleux ;

2° Le jet de vapeur antiseptique, dirigé sur la face et sur les téguments, facilite singulièrement le détachement des croûtes que laissent après elles les pustules varioliques et masque l'odeur parfois si repoussante qu'exhale le corps des malades. C'est surtout dans les phases consécutives de la variole, et principalement dans celles de la dessiccation, que cette pulvérisation rend les plus grands services. A l'action produite par tout jet de vapeur sur les croûtes, se joint, en effet, l'action qui s'exerce sur les surfaces sous-jacentes dont la cicatrisation est manifestement hâtée. Les malades aiment cette pulvérisation et la réclament. L'odeur du vinaigre antiseptique de Pennès est agréable et fine.

Ces pulvérisations commencées de bonne heure, dès le dixième ou douzième jour d'une variole cohérente, et surtout dirigées sur le visage des varioleux, sont répétées quatre ou cinq fois dans la journée ; elles détournent les malades du grattage en calmant les démangeaisons, *et effacent, en favorisant la cicatrisation, les hideux stigmates* (marques gravées) *que la maladie laisse si souvent après elle.*

Ces vapeurs antizymotiques ont encore le mérite d'empêcher, quand elles sont souvent renouvelées, le développement de ces saillies verruqueuses, véritables condylomes postvarioliques, si fréquents à la face et si lents à disparaître.

3° Il arrive souvent que les varioleux sont amenés à l'hôpital en voiture de place ; ce véhicule devient de ce fait, l'agent le plus sûr de sa contagion. N'y a-t-il pas là une application immédiate de la pulvérisation prophylactique ?

Nous avons coutume de faire placer le pulvérisateur chargé de vinaigre antiseptique dans l'intérieur du véhicule contaminé et de diriger le jet de vapeur sur les cousins, *afin de neutraliser et de détruire les germes contagieux.*

4° Le vinaigre de Pennès nous a également rendu de signalés services en lotions et en bains, pour déterger les surfaces ulcérées qui succèdent à l'ouverture des abcès si fréquents dans le décours de la variole.

En résumé, ce nouvel agent nous paraît réaliser un véritable progrès dans le traitement de la prophylaxie des maladies contagieuses, parasitaires ou zymotiques, et nous sommes heureux de pouvoir consigner ici les principales indications de son emploi et les bienfaits que l'on en peut attendre.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Leloir comme chef de clinique titulaire.

Le concours du clinicat obstétrical vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Maygriers, comme chef de clinique titulaire, et Bar, comme chef de clinique adjoint.

***

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Examens.* — Par décret en date du 23 juillet 1882, le pargraphe 1er de l'art. 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit : « Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription ; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième inscription.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

342. M. Galy-Brilulat. Le bouton d'Alep. — 343. M. Valissan. Contribution à l'étude de la néphrite *à frigore*. — 344. Contribution

à l'étude de la pleurésie.—345. M. Genty. Etude sur le traitement des péridotomes récents.—346. M. Redié-Talbère. Contribution à l'étude de la périostite externe.— 347. M. Mazeille. Des fractures des côtes par action musculaire. — 348. M. Ausset. Du traitement de la cataracte molle par la méthode de l'aspiration. — 349. Constitution médicale de la vallée du Lot dans le département de Lot-et-Garonne, et maladies professionnelles de ce pays (Etude de géographie médicale. - 350. M. Forgès. De la délivrance naturelle et de quelques accidents qui peuvent la compliquer. — 351. M. Pruvot. Contribution à l'étude des larves de diptères trouvés dans le corps humain.—352. M. Drochon. Contagion de la phthisie dans le mariage.—353. M. Belliard. Des manifestations cérébrales de la goutte. — 354. M. Servage. Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie. —355. M. Cartier. Abcès périostiques de la paroi thoracique. — 356. M. Diéterlin. De l'accouchement naturel chez les primipares. — 357. M. De Meymar. Phlegmon diffus. — 358. M. Sartre. Traitement des abcès chauds par l'incision limitée avec injections d'alcool.—359. M. Vuillannier. De l'épilepsie hémiplégique infantile.—360. M. Joubert. Contribution à l'étude des plaies compliquées de hernies musculaires. — 361. M. Galibert. Contribution à l'étude du traitement des ruptures traumatiques de la portion bulbaire de l'urèthre.—362. M. Héon De la névralgie circonflexe.—363. M. Samanos. Rechutes du rhumatisme articulaire aigu après le traitement par le salicylate de soude.—364. M. Broquière. Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. — 365. M. Mathieu. Des démangeaisons considérées comme symptômes du mal de Bright. — 366. M. Lebrun. Contribution à l'étude de la sclérose pulmonaire dans certaines lésions cardiaques. — 367. M. Nolais. Etude sur les pleurésies hæmorrhagiques. — 368. M. Dedet. Contribution à l'étude du purpura hémorrhagique des pays chauds, et de ses rapports avec l'intoxication palustre.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 16 AOUT AU JEUDI 23 AOUT 1882.

Fièvre typhoïde 106. — Variole 8. — Rougeole 13. — Scarlatine 5. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 36. — Dysenterie 2. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 187.— Autres tuberculoses 23. —Autres affections générales 60. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 13. — Pneumonie 45. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 102. — au sein et mixte 66. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 83. — de l'appareil circulatoire 43. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 62. — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 1. — Epuisement 3. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 4. — Total de la semaine: 1100 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 36 9 SEPTEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, 7 septembre 1882.

Académie de médecine. — LA BACTÉRIDIE DE LA SYPHILIS. — TRANSMISSIBILITÉ DE LA SYPHILIS AU PORC.

Il paraissait établi jusqu'alors que les animaux se montrent très réfractaires à la contamination syphilitique. M. Martineau a soupçonné le porc d'échapper à la loi commune, et il vient de communiquer à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine des expériences dont il interprète les résultats comme des preuves à l'appui de ses présomptions. Découverte importante, si elle se maintient, complétée par celle du contage de la syphilis, qui ne serait autre qu'une bactéridie que M. Martineau a réussi à cultiver, qu'il a inoculée avec succès à l'intéressant animal déjà nommé. Toute la question est de savoir si l'interprétation des faits observés est en accord avec la bonne logique, si elle n'a pas été faussée par cette tendance fort naturelle en matière de découvertes, de prendre des désirs pour des réalités. En examinant les faits sans parti pris, on se met à craindre qu'il en soit ainsi.

En effet, M. Martineau, en collaboration avec son interne M. Hamonic, a fait, en tout, deux expériences ! Dans la première, il a excisé un chancre induré et l'a laissé séjourner dans un liquide de culture préparé suivant les indications de M. Pasteur. Le lendemain, il constatait, à l'aide du microscope, la présence d'un grand nombre de bactéridies dans le liquide de culture. Une certaine quantité de ce liquide a été injectée dans le tissu cellulaire de la région pénienne d'un jeune porc. Dans le sang de l'animal on découvrait, dès le lendemain, des bactéridies en tout semblables à celles du liquide inoculé. Environ un mois plus tard, l'animal offrait à voir, sur l'abdomen, une éruption papulo-squameuse, et, à ce niveau, les poils se laissaient arracher avec une extrême facilité.

Dans la seconde expérience, un jeune porc a été inoculé à l'aide d'une aiguille à vaccin chargée de sérosité recueillie sur un chancre infectant. L'inoculation a été pratiquée également dans la région pénienne. Au bout de quatre jours, on découvrait dans le sang de l'animal des bactéridies semblables à celles de la première expérience. Deux semaines après, une éruption papuleuse apparaissait sur l'abdomen, pour ensuite se généraliser et finalement disparaître deux mois après l'inoculation.

Ajoutons que les bactéridies trouvées dans le sang de ces deux animaux ont été cultivées, et les produits de culture inoculés, *sans le moindre résultat*, à un jeune porc et à un chevreau.

Voilà qui a paru suffisant à M. Martineau pour conclure que le contage de la syphilis est représenté par une bactéridie et que la maladie est inoculable au porc. Quant à justifier l'assimilation des accidents observés chez ses deux porcs avec les manifestations de la syphilis chez l'homme, M. Martineau s'en est bien gardé ; il s'est contenté de dire que M. Bouley, consulté sur la question de diagnostic, a déclaré n'avoir jamais

FEUILLETON

X. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes-rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Les établissements sanitaires de Shanghai. — Le grand hôpital pour les étrangers. — L'hôpital des missions pour les Chinois. — Les opérations chirurgicales. — Les fumeurs d'opium.

Il ne sera pas hors de propos de reproduire quelques détails circonstanciés sur l'hôpital des missions de Shanghaï, le plus important de beaucoup des différents hôpitaux et dispensaires évangéliques que possède cette station, le plus grand établissement des Européens en Chine.

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février, 18 mars, 8 avril, 3 juin, 1er juillet 26 août, et 2 septembre.

Le *grand hôpital* de Shanghaï, institution française, bien que le service médical et chirurgical y soit fait par des médecins anglais, et desservi par des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, est beaucoup plus considérable. Mais je n'aurai pas à m'en occuper ici, parce qu'il est exclusivement consacré aux étrangers, c'est-à-dire aux résidents et surtout à la population flottante qu'amène en proportion considérable la marine commerciale et la marine militaire de toutes sortes de nations dans le port de Shanghaï.

J'ai trouvé l'*hôpital des missions* sous la direction d'un chirurgien très habile et dévoué, le docteur Johnston. J'ai pu, grâce à son très obligeant accueil, y suivre de près, pendant le séjour de quelques mois que j'ai fait à Shanghaï, le mouvement curieux des indigènes, et me faire une idée de la pathologie qui les concerne.

L'hôpital proprement dit, construit à l'européenne, contient soixante lits, occupant plusieurs salles spacieuses et largement éclairées au rez-de-chaussée et au premier étage. Il y a des chambres isolées pour les varioleux, les délirants, les aliénés et les cas particulièrement graves. Les salles ne contiennent pas plus de huit lits : une d'elles, faiblement éclairée, est réservée aux maladies des yeux

rien observé de semblable sur aucun animal et a reconnu que l'éruption en cause offrait la plus grande ressemblance avec les syphilides papulo-squameuses de quelques malades en traitement dans le service de M. Martineau.

Nous avons la ferme conviction que nous ne serons pas seuls à trouver que la preuve de la nature syphilitique des accidents développés chez les animaux sur lesquels a expérimenté le médecin de Lourcine est encore à faire et s'il en est ainsi, ces expériences perdent une grande partie de leur intérêt. Quand on dit que les animaux se montrent en général réfractaires à la syphilis, on entend par là qu'il a été impossible de développer chez eux cette série d'accidents qui, indépendamment de leur cachet individuel, ont encore pour caractère de s'échelonner dans une succession régulière qui embrasse toute l'existence de l'individu, de même que les manifestations multiples de la maladie frappent tôt ou tard tous les organes et tous les tissus. C'est cette syphilis qui a donné matière à tant d'intéressantes révélations anatomo-pathologiques, qui reflète son caractère *sui-generis* dans son tout et dans ses éléments, que l'on n'a pas encore réussi à transplanter hors de notre espèce. Quant à la syphilis *ébauchée*, que M. Martineau croit avoir développée dans ses expériences, elle n'est plus à découvrir ; il s'agit seulement de démontrer qu'elle procède bien de la syphilis humaine. Sans parler des travaux d'Auzias-Turenne, qui sont à la connaissance de tous nos lecteurs, nous rappellerons que Klebs (1), il y a plus de trois ans, a fait connaître les résultats d'expériences nombreuses qu'il avait entreprises pour démontrer la transmissibilité de la syphilis aux animaux. L'une d'elles, relative à un singe, mérite d'être mentionnée : l'animal, auquel on avait inoculé un fragment de chancre induré, présenta, six semaines plus tard, une éruption papuleuse qui occupait les différents points de la face; il avait en même temps de la fièvre, de la diarrhée et de l'anorexie. Au bout de quelques mois il succombait, et à l'autopsie on trouva, entre autres lésions, *des exostoses du crâne* en tout semblables à celles qu'on rencontre dans les cas de syphilis chez l'homme. Klebs aussi assurait avoir isolé le contage organisé de la syphilis, et il avait pratiqué une partie de ses inoculations avec des liquides de culture. Que reste-t-il du bruit qui se fit, un moment, autour de ses expériences pour le moins aussi concluantes que celles qui ont été relatées à la tribune de l'Académie de médecine ?

Rappelons encore qu'il y a un an à peine, un autre Allemand, M. Aufrecht, nous présentait le germe de la syphilis sous les dehors d'un microcoque ; pour M. Klebs c'était une monadie. Aujourd'hui le microcoque est devenu bâtonnet. Va pour la bactéridie, mais qu'on s'en tienne là et que l'on n'aille pas au moins, sous prétexte de rationalisme, s'en prendre au traitement empirique de la syphilis pour lui substituer les antizymotiques. Car enfin M. Martineau nous a fait pressentir que sa découverte aurait des conséquences même en thérapeutique!

E. RICKLIN.

(1) KLEBS. Das Contagium der Syphilis. ARCHIV. FÜR EXPERIM. PATHOLOGIE UND PHARMAKOLOGIE, t. X, p. 161, 1879.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL LAENNEC

(M. DAMASCHINO.)

DES HÉMOPTYSIES CHEZ LES PHTHISIQUES, leçons recueillies par M. G. VARIOT, interne des hôpitaux, revues par l'auteur.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Je mets sous vos yeux la projection d'une planche empruntée à un travail très complet publié par Pauli dans les *Archives* de Virchow en 1879 ; elle fait bien comprendre ce que deviennent les trois tuniques lorsqu'une artère d'un certain calibre subit un processus oblitératif par le fait même de son siège à la périphérie d'une caverne tuberculeuse. Vous pouvez voir que la tunique externe est épaissie, que la tunique moyenne est à peu près conservée et enfin que la tunique interne est le siège d'un travail très actif d'endartérite et contient un grand nombre d'éléments embryonnaires : l'accumulation de ces derniers rétrécit de plus en plus la lumière du vaisseau et finit par amener une oblitération complète, une imperméabilité absolue de la branche artérielle qui est le siège de cette lésion et qui, dès lors, peut être impunément détruite par le travail destructif de la caverne. Vous trouverez aussi de très intéressants détails histologiques sur les altérations tuberculeuses

Le lit chinois est une simple couchette, canée, sans matelas, avec des couvertures suffisantes ; il n'y a point de rideaux. Les Chinois ne se déshabillent pas pour se coucher. Il faut même dire qu'ils ne se déshabillent jamais, hormis l'été, lorsque les chaleurs sont assez intenses pour les décider à se débarrasser de leurs vêtements. Il y avait partout des poêles en fonte, car l'hiver est habituellement assez rigoureux à Shaoghaï. L'aération était parfaite, et il n'y avait aucune odeur d'hôpital.

Je n'entrerai pas dans le détail des faits que j'ai pu observer. Je pourrais mentionner de très belles opérations pratiquées par le docteur Johnston, une notamment à propos d'une plaie énorme de la cuisse, avec destruction complète du derme, suite d'une bastonnade infligée à un soldat chinois de Footchow. Des greffes furent transportées de la partie saine de la cuisse sur la partie dénudée et amenèrent une reproduction tégumentaire, presque complète lors de mon départ.

Je ferai seulement deux remarques : l'une, que les opérations les plus graves réussissent en général très bien, sans fièvre et sans accidents ; l'autre, que le lit chinois, dépourvu de matelas et absolument plan, avec le petit rouleau dur, en porcelaine, en bois ou en certaine composition, qui sert d'oreiller, est très favorable au traitement des fractures.

Il y avait un assez bon nombre de malades dans les salles. J'ai déjà signalé le peu de goût des Chinois pour l'hôpital. Aussi, en dehors des maladies des yeux et des cas de chirurgie opératoire, sujets sur lesquels l'inaptitude des médecins Chinois est trop notoire pour que la répugnance populaire ne cède pas un peu à leur propos, est-il hanté surtout par les domestiques et les petits employés indigènes des résidents européens, que leurs patrons envoient à l'hôpital, et qui sont d'ailleurs plus familiarisés que le reste de la population avec les choses nouvelles.

La physionomie de l'établissement ne serait pas complète si je ne mentionnais quelques fumeurs d'opium, qui en représentent la clientèle la plus distinguée, car il faut une certaine aisance pour arriver à ce que j'appellerai la *cachexie de l'opium*. Les fumeurs d'opium sont là-bas le pendant de nos alcooliques. Il est rare qu'il ne s'en rencontre pas quelque échantillon dans chacun des établissements de ce genre, que les Européens ont fondés dans les différents ports. L'effet ordinaire d'un usage abusif de l'opium est une paralysie incomplète et généralisée des muscles volontaires

des artères dans le Mémoire de Mügge publié pendant cette même année 1879 dans les *Archives* de Virchow.

Lorsque, au contraire, la lumière du vaisseau n'est point obturée et que la circulation sanguine continue à s'y faire, si ce vaisseau est atteint par le processus ulcératif, ses parois, envahies graduellement, se détruisent dans leurs couches les plus externes; elles perdent leur cohésion, s'amincissent, cèdent peu à peu, se dilatent finalement sur un ou plusieurs points et constituent un véritable sac anévrysmal : il est aisé de comprendre comment ce sac peut se perforer et donner naissance aux hémorrhagies. La connaissance de ces altérations vasculaires suffit à expliquer rationnellement les hémoptysies foudroyantes qui surviennent chez les phthisiques parvenus à la troisième période,

Les lésions que je viens de vous décrire sont-elles constantes? Il me semble difficile de l'affirmer dès à présent. Je crois, pour ma part, avoir observé, dans le service de mon regretté maître le professeur Monneret, un cas de mort par hémorrhagie foudroyante, où je n'ai trouvé à l'autopsie qu'une simple perforation de l'artère pulmonaire, sans qu'il existât aucune dilatation morbide du vaisseau. Je reste toutefois dans le doute à cet égard : peut-être l'anévrysme peu volumineux, à parois fort minces et conséquemment faciles à confondre avec des caillots fibrineux, m'a-t-il échappé pendant la dissection : cependant la recherche de la lésion vasculaire avait été faite à l'aide d'une injection d'eau poussée dans l'artère pulmonaire. J'emploie actuellement une injection colorée (du liquide de Muller, par exemple,) que je fais pénétrer lentement en plaçant la canule à la naissance de ce tronc artériel : puis j'incise successivement les bronches, et, portant ensuite la canule sur des branches de plus en plus petites de l'artère pulmonaire, je poursuis pour ainsi dire dans l'arbre bronchique mon injection, qui s'est échappée par la perforation de l'anévrysme : après quelques tâtonnements, j'arrive à découvrir sûrement ce dernier.

Il est très important de savoir comment meurent les malades chez lesquels survient une rupture de l'anévrysme avec issue d'une grande masse de sang. Succombent-ils à l'abondance de l'hémorrhagie ou à une autre cause? Pour ma part, je ne pense pas qu'on puisse attribuer la mort à la perte sanguine, car vous pouvez voir, soit à la suite de lésions traumatiques diverses, soit par le fait de métrorrhagie ou d'épistaxis, des malades perdre impunément plus d'un litre de sang : il faut chercher la véritable cause de la mort dans une obstruction de l'arbre bronchique par le liquide sanguin qui fait brusquement irruption par la perforation anévrysmale et qui est rendu écumeux par son mélange avec l'air pendant les mouvements respiratoires. Cette mousse hématique ne pouvant être évacuée assez vite, met obstacle à la pénétration de l'air atmosphérique à l'intérieur des vésicules pulmonaires, supprime brusquement l'hématose, et les malades périssent véritablement asphyxiés.

Nous trouvons en effet à l'autopsie les bronches et même la trachée remplies d'une grande quantité de sang rouge, spumeux, battu avec l'air : cette lésion existe aussi bien sur le poumon sain que sur celui où l'hémorrhagie s'est produite, et c'est pour ce motif que la recherche de l'anévrysme par la simple dissection est fort difficile.

Il importe que vous ayez ces faits bien présents à l'esprit pour pouvoir apprécier en connaissance de cause la réelle importance des hémorrhagies qui surviennent à une période avancée de la phthisie. Vous comprenez donc sans peine combien est grave le pronostic de ces hémoptysies abondantes chez un sujet dont le poumon est creusé de cavernes tuberculeuses : alors même que l'hémorrhagie semble devoir s'arrêter, vous devez toujours craindre une issue fatale et soudaine. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les malades épuisés par une longue maladie, presque toujours arrivés à la période cachectique, sont moins en état de résister à une perte sanguine de quelque importance : dans le cas où ils ne succomberaient pas immédiatement aux accidents même de l'hémoptysie, vous auriez encore à redouter les conséquences de l'anémie post-hémorrhagique développée sur un sujet déjà débilité par l'affection pulmonaire antérieure.

Il est plus difficile de porter un pronostic assuré sur les hémoptysies qui constituent un signe précurseur de la tuberculose et qui précèdent, pour ainsi dire, l'éclosion des manifestations diathésiques. Ne voit-on pas des jeunes sujets chez lesquels on a tout lieu d'avoir des craintes pour l'avenir, cracher tout à coup du sang en abondance pendant plusieurs jours, guérir néanmoins de cette hémorrhagie et finalement atteindre un âge avancé, sans jamais avoir présenté aucun symptôme de tuberculose : on a même eu l'occasion, ces malades ayant succombé à une toute autre affection, de constater

---

et de l'intelligence, avec anorexie et constipation et une physionomie spéciale d'hébétude, mais avec une conservation très nette de la conscience de la maladie et du désir de guérir. La plupart de ces individus peuvent quitter l'hôpital après quelques mois de séjour, et, chose remarquable, quelques-uns ne récidivent pas dans leur funeste habitude. Le traitement consiste surtout dans l'éloignement de la cause de la maladie, et aussi dans l'emploi des toniques et des médicaments spéciaux de l'innervation.

(A suivre.)

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté en date du 22 août 1882, M. le ministre de l'instruction publique a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle sera ouvert le 1er mars 1883. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 27 août 1882, M. de Fornel (Mathieu-Eusèbe), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

***

Hospice général de Tours. — Deux concours, l'un pour trois places d'internes en médecine et en chirurgie, l'autre pour un nombre indéterminé de suppléants, auront lieu, les 19, 20, 26 et 27 septembre prochains, à l'Hospice-Général.

***

Médaille d'honneur. — Le ministre de l'intérieur vient de décerner une médaille d'honneur à M. le docteur Fernand Ledé, pour le dévouement dont il a fait preuve lors de la catastrophe survenue le 12 juillet dernier, rue François-Miron.

à l'autopsie la parfaite intégrité de l'appareil respiratoire ; Andral, dans sa clinique, et bien d'autres auteurs après lui, ont rapporté des faits de ce genre. Néanmoins, dans la grande majorité des cas, l'hémoptysie est suivie, et parfois à court délai, par l'éclosion de la tuberculose ; à tel point que les anciens médecins, Morton en particulier, admettaient une *phthisis ab hæmoptoe*, c'est-à-dire liée, consécutive à l'hémorrhagie, à l'épanchement du sang dans le poumon. Cette opinion a été reprise de nos jours ; Niemeyer a soutenu que le sang répandu dans les vésicules pulmonaires est capable de déterminer une pneumonie irritative, laquelle est le point de départ de la tuberculose. Pour M. Jaccoud, la pneumorrhagie ne suffit pas à elle seule ; il faut qu'il existe chez l'hémoptoïque une prédisposition, héréditaire ou acquise, à la phthisie : dans ces conditions seulement, et sur un terrain en quelque sorte préparé, le sang non résorbé pourrait jouer le rôle d'une épine et donner naissance au processus phthisiogène. M. Peter n'admet pas l'existence de la *phthisis ab hæmoptoe* ; il pense, au contraire, que l'effusion sanguine est non pas la cause, mais le premier symptôme de l'affection tuberculeuse. Des expériences entreprises chez des animaux (et notamment chez des lapins, qu'il est, vous le savez, si facile de rendre tuberculeux), lui ont fait voir que le sang infiltré dans le parenchyme pulmonaire se résorbe avec une grande rapidité et sans laisser de traces : les recherches expérimentales de Perl et Lippmann sont absolument concordantes. C'est donc, vous le voyez, une question sur laquelle l'accord n'est pas encore parfait : en tout cas et même en admettant comme prouvée l'existence de cette sorte de phthisie, il faudrait, avec M. Jaccoud, reconnaître l'importance capitale de la prédisposition innée ou acquise.

Je dois, en terminant, vous résumer en quelques mots les divers moyens dont vous pouvez disposer dans le traitement des hémoptysies chez les phthisiques. Vous comprenez, sans que j'aie besoin d'y insister, qu'il ne peut être ici question de ces abondantes hémorrhagies qui terminent en quelques instants la vie de ces malheureux : par leur soudaineté et leur abondance, elles sont au-dessus des ressources de l'art, au même titre, quoique par un autre mécanisme, que celles qui succèdent à la rupture d'un anévrysme aortique. Fort heureusement, les hémoptysies ne sont pas, d'ordinaire, mortelles d'emblée; tout au moins sont-elles précédées, pendant un temps plus ou moins long, de crachements sanguins d'une importance moindre.

Dans ces circonstances, la première prescription qu'il importe de faire, c'est d'imposer au malade un repos absolu : vous lui recommanderez d'éviter soigneusement les mouvements brusques, les efforts respiratoires exagérés, les secousses répétées de toux destinées à débarrasser les voies aériennes du sang qu'elles contiennent et qui gêne le patient. Vous ferez entretenir avec soin une température fraîche dans la chambre où il est placé ; de même les boissons devront être froides ou même glacées. Vous prescrirez une nourriture légère et composée d'aliments froids ; le lait à une basse température conviendra parfaitement à titre de boisson alimentaire d'une digestion facile. Vous proscrirez surtout les stimulants diffusibles à moins que l'état du malade ne les commande temporairement. Ils seront réservés pour les cas où existe une tendance syncopale consécutive à l'hémorrhagie ou déterminée par l'impression morale que produit souvent la vue du sang chez un sujet nerveux ou facile à effrayer : les injections sous-cutanées d'éther donneraient alors d'excellents résultats.

Lorsque l'hémoptysie est de faible abondance, ces moyens suffisent d'ordinaire à y porter remède ; vous y ajouterez quelques révulsifs sur les membres ou sur le thorax, et vous ferez prendre en outre au malade une potion calmante pour diminuer les secousses de toux et pour assurer le sommeil et le repos nécessaires. Quant, au contraire, les crachements sanguins continuent à intervalles rapprochés, il importe d'intervenir activement. C'est dans ces circonstances que Trousseau conseillait l'ipécacuanha, qu'il donnait à dose vomitive et qui, dans nombre de cas, produit de bons effets, probablement par suite de l'état nauséeux qu'il occasionne. C'est pour cette raison que Gubler préférait le prescrire à dose moindre, de manière à produire simplement des nausées, afin d'éviter autant que possible les efforts de vomissements. Ce moyen, qui donne souvent de bons résultats, et que j'ai moi-même employé avant d'être bien fixé sur le mode pathogénique de ces hémorrhagies, me paraît devoir être conseillé avec une certaine hésitation. Autant il me semble indiqué dans les crachements du début de la phthisie, alors que n'existent pas les grosses lésions vasculaires, autant j'hésiterais à y recourir pendant les dernières périodes de la tuberculose chez des sujets porteurs de cavernes ; je craindrais, en pareille occurrence, de compléter pendant les efforts de vomissement la déchirure d'un anévrysme simplement fissuré ou d'effectuer le détachement d'un caillot en voie de formation. L'ipécacuanha me semble donc, en pareil cas, un médicament dangereux ; car, même à doses nauséeuses, on ne peut affirmer qu'il ne déterminera pas des vomissements chez certains sujets particulièrement sensibles à l'action de cette racine.

L'ergot de seigle et l'ergotine ont été souvent conseillés : cette dernière est maintenant prescrite de préférence, en raison de son administration plus facile et de son action plus rapide. Il vaut mieux avoir recours, pour en assurer la prompte absorption, à la méthode des injections hypodermiques ; vous pouvez de la sorte suivre plus aisément l'action du médicament et graduer avec une plus grande certitude les effets à obtenir. Je vous ferai observer toutefois que l'ergotine agit tout spécialement sur les fibres musculaires de la vie organique, sur les vaisseaux de petit calibre par conséquent ; aussi son utilité me semble-t-elle devoir être fort restreinte dans les cas de rupture d'un vaisseau anévrymatique. C'est pourquoi je préfère la digitale, à cause de son action puissante sur la circulation générale ; rien n'empêche d'ailleurs (et j'emploie souvent cette méthode mixte) de combiner les préparations digitaliques et notamment la teinture avec les injections sous-cutanées d'ergotine ou mieux d'ergotinine.

Vous pouvez, en outre, prescrire avec avantage les divers révulsifs dont l'action sera proportionnée à l'importance de l'hémorrhagie : les sinapismes et les bains de pieds sinapisés, les ventouses sèches et enfin la grande ventouse Junod, pourront vous rendre de réels services. N'oubliez pas toutefois que l'usage de l'appareil de Junod nécessite quelques précautions, surtout chez un sujet déjà cachectique et affaibli par la perte du sang. Il conviendra donc de faire le vide très lentement et de s'arrêter s'il survient une menace de syncope. La ligature des membres, moins active toutefois, sera le plus souvent préférée parce qu'elle n'a pas les mêmes inconvénients et que, pour la pratiquer, vous aurez toujours sous la main la bande ou, à son défaut, le lien nécessaire.

CHIRURGIE PRATIQUE

Remarques sur le lipome, par M. A. Marfan, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéros précédent.

I. — Avant d'exposer les considérations qui se rattachent à l'anatomie pathologique de la tumeur, nous dirons un mot de l'erreur de diagnostic qui a été commise.

La tumeur a été prise pour un kyste sébacé et c'était un lipome.

Etait-il possible d'éviter cette erreur? Nous ne le croyons pas : l'erreur s'explique très bien par le siége, par la forme, et peut-être aussi par ce fait que le malade n'en présentait qu'une seule.

La tumeur siégeait au-dessus de la nuque, et était recouverte par le cuir chevelu. C'est là un siege de prédilection des kystes sébacés.

La tumeur avait une forme parfaitement hémisphérique et le palper n'y faisait reconnaître aucune inégalité : on ne pouvait guère, dans ces conditions, penser à un lipome, car le lipome est en général lobulé et un peu aplati.

Enfin la tumeur était solitaire; le malade n'en présentait aucune autre. C'est là une condition peu commune dans l'histoire du lipome. Sans vouloir dire que le lipome ne se trouve jamais à l'état de tumeur solitaire, il est bien permis de rappeler ce fait de la multiplicité si fréquente des néoplasmes graisseux, multiplicité qui a amené les auteurs à créer une diathèse lipomateuse.

On voit donc jusqu'à quel point l'erreur a été excusable.

II. — L'anatomie pathologique de la tumeur mérite d'être étudiée.

Après l'incision qui devait nous conduire sur la poche du kyste présumé, nous fûmes surpris de tomber sur des lobules graisseux, isolés les uns des autres et séparés par des tractus fibreux résistants et nombreux qu'on voyait s'enfoncer dans l'épaisseur de la tumeur.

Ces cloisons fibreuses se relient solidement à la face profonde de la peau, et à leurs caractères il est facile de voir qu'elles ne sont autre chose que les cloisons fibreuses de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée du cuir chevelu.

Il s'agit donc d'un lipome qui n'est nullement isolé, qui n'est pas entouré par une coque fibreuse, mais dont le tissu se confond avec le tissu graisseux sous-cutané du cuir chevelu, et qui semble n'être qu'une hypertrophie de ce tissu.

Or, c'est là une loi presque générale, que les tumeurs bénignes sont entourées par une coque fibreuse, et ont une vascularisation presque indépendante de celle du tissu voisin. Notre maître, M. Théophile Anger, insiste beaucoup sur ce point que la notion de bénignité ou de malignité d'une tumeur se tire de ce fait que la tumeur est isolée par une coque fibreuse, ou qu'elle se confond avec les tissus voisins.

Pour lui, une tumeur bénigne est une tumeur entourée d'une coque fibreuse et recevant ses vaisseaux et ses nerfs par un pédicule vasculo-nerveux, en sorte que sa nutrition et son innervation sont jusqu'à un certain point indépendantes de celles du tissu voisin.

Une tumeur maligne, au contraire, a son tissu qui se continue avec le tissu sain sans aucune ligne de démarcation: ses vaisseaux et ses nerfs lui sont communs avec les tissus voisins.

On sait, du reste, que MM. Labbé et Coyne ont montré que la caractéristique de la bénignité des tumeurs du sein consistait dans le fait de l'isolement et de l'indépendance de la tumeur à l'égard du tissu voisin. M. Labbé déclare, du reste, que c'est l'enseignement de Velpeau qui lui a inspiré son travail; et, en définitive, nous croyons que c'est à Velpeau que doit revenir tout l'honneur d'avoir établi cette loi, dont il avait saisi toute la portée pratique, en montrant la différence qu'il y a entre l'ablation d'une tumeur bénigne et celle d'une tumeur maligne. (Velpeau, *Traité des maladies du sein*, p. 398, et 628).

Mais dans l'observation que nous venons de relater, nous sommes en présence d'une tumeur essentiellement bénigne, un lipome, qui déroge à cette loi.

Nous chercherons plus loin à l'expliquer : mais nous nous demanderons auparavant si c'est là un fait fréquent dans l'histoire du lipome.

Les auteurs sont presque muets à cet égard : il en est peu qui établissent une division tranchée en lipome diffus et lipome limité : il en est moins encore qui insistent sur cette division.

Follin et Broca nous ont semblé les seuls auteurs ayant attiré sérieusement l'attention sur ce sujet.

Citons d'abord le passage de Follin :

« Les tumeurs graisseuses se présentent sous deux formes « qui se distinguent par leurs rapports avec les tissus voisins. « Tantôt la formation graisseuse se confond avec les tissus « voisins. Tantôt elle en est séparée par une capsule fibreuse. « La première variété se voit quelquefois sur les parties laté- « rales du cou ou au creux poplité de certaines personnes re- « marquables par leur embonpoint; le creux sus-claviculaire « ou la région poplitée soulevées par un développement anor- « mal du tissu cellulo-graisseux, et cette saillie contre-nature « a pu faire croire à quelque chose de plus grave. B. Brodie a « appelé l'attention sur ces faits à propos d'un homme qui « avait une tuméfaction graisseuse analogue s'étendant d'une « oreille à l'autre.

« Les autres lipomes sont formés par des masses de tissu « adipeux entourées d'une enveloppe fibreuse. »

Dans cet intéressant passage, la division est nettement établie; mais nous n'y trouvons pas la fréquence relative des deux formes.

C'est Broca qui va nous donner cette indication; après avoir établi la même distinction que Follin, il déclare que les lipomes entourés d'une coque fibrense sont la règle, que les lipomes diffus sont l'exception.

Et encore ces lipomes appelés diffus ne le seraient-ils pas complètement; car souvent ils ne se continueraient avec le tissu voisin que par certains points, et les autres parties de leur surface seraient toujours isolées par une enveloppe fibrocelluleuse.

Si donc on se trouve en présence d'un lipome se continuant complètement avec les tissus voisins, si on trouve une tumeur qui n'est que l'hypertrophie du tissu au sein duquel elle s'est développée, comme c'est le cas dans notre observation, Broca ne l'admet pas comme une tumeur véritable : il ne veut pas confondre une tumeur, une néoformation, avec l'hypertrophie simple d'un tissu : c'est ce qu'il déclare au début de son chapitre sur les lipomes dans les passages suivants :

« Le lipome est la conséquence d'un excès de formation « qu'on a considéré à tort comme simplement *hypertrophique*, « mais qui est évidemment *hyperplasique*. »

Cette opposition des mots *hypertrophique* et *hyperplasique* montre déjà la pensée de Broca ; mais il la développe dans la phrase suivante, qu'il nous est impossible de ne pas citer : « Le lipome ajoute son volume à celui de la région où il « se développe et constitue une tumeur le plus souvent cir- « conscrite et qui, alors même qu'elle est plus ou moins diffuse, « ne laisse pas de présenter des limites appréciables. »

C'est ici le moment de se convaincre de ce fait que la tumeur dont il s'agit dans notre observation n'implique pas d'exception à la régle que nous avons établie, touchant la bénignité et la malignité des tumeurs. La formation graisseuse dont nous avons parlé, certainement bénigne, était privée d'enveloppe isolante ; cela tient à ce que cette formation, ne constituant pas une tumeur, mais simplement une hypertrophie, les lois, quelles qu'elles soient, qu'on peut établir sur la bénignité et la malignité des tumeurs, ne lui étaient pas applicables.

En terminant, nous ferons remarquer de quel intérêt il serait pour l'opérateur de faire le diagnostic de la variété de lipome. Est-il diffus ou est-il limité? Si on sait que le lipome est entouré d'une coque fibreuse, on saura que l'opération va être facile et rapide, que la tumeur pourra presque être énuclée avec les doigts. Si au contraire on sait que la tumeur se continue avec les tissus voisins, on saura que l'opération va être pénible ; car elle nécessite une dissection minutieuse, surtout si la tumeur siège au cuir chevelu où les tractus fibreux sont si résistants.

Mais ce diagnostic peut-il être fait? C'est ce que des observations ultérieures pourront montrer : dans le cas que nous venons de rapporter, il semble impossible d'avoir pu dire que la tumeur n'avait pas de poche isolante.

A. Marfan.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Glande et voies biliaires.

I. Imperméabilité du canal cholédoque. — Etablissement d'une fistule entre la vésicule biliaire et l'intestin ; guérison ; par Winiwarter (1). — II. Passage de certaines substances médicamenteuses du gros intestin dans le foie, par Peiper (2). — III. De la cirrhose biliaire du foie, par Mangelsdorff (3).

A la suite d'une affection qui avait été prise pour une pérityphlite, il se développa, chez un homme de trente-quatre ans, une tumeur indolente dans la région du foie, et en même temps les matières fécales prenaient une couleur cendrée. L'accroissement de la tumeur fut très rapide, et il en résulta une distension assez considérable du ventre. Une ponction donna issue à deux litres d'un liquide de même aspect que la bile ; la tumeur, à la suite de cette ponction, diminua de moitié.

Trois semaines plus tard, la tumeur occupait toute la moitié droite de la cavité abdominale. Le malade avait un peu d'ictère, et, quoiqu'il mangeât d'un bon appétit, il avait beaucoup maigri. On diagnostiqua une dilatation de la vésicule biliaire, consécutive à une occlusion du canal cholédoque. Nouvelle ponction, nécessitée par la crainte de voir la vésicule biliaire se rompre ; évacuation de quatre litres de bile. Dans l'espace de quinze jours, il fallut pratiquer trois nouvelles ponctions. Les matières fécales étaient toujours décolorées. Finalement, Winiwarter résolut de pratiquer une fistule destinée à mettre la vésicule biliaire en communication avec l'intestin : après avoir ouvert la cavité abdominale, il trouva la vésicule biliaire distendue et fortement adhérente par sa paroi antérieure, au péritoine et au mésocolon transverse. Après l'avoir ponctionnée, il la fixa, par des points de suture, au colon ascendant, dans une étendue de 4 à 5 centimètres carrés ; cette portion de l'intestin fut également fixée à la paroi abdominale. Quatre jours plus tard, la vésicule biliaire fut vidée à l'aide d'un trocart de moyen calibre, que l'opérateur fit pénétrer, en se guidant du doigt, dans la cloison commune à la vésicule biliaire et du colon ; la canule, qui était munie à son extrémité antérieure d'une fenêtre latérale pour permettre l'écoulement de la bile dans l'intestin, fut laissée en place ; mais le but visé ne fut pas atteint, les matières fécales restaient décolorées, et il subsistait une fistule biliaire.

Cinq mois plus tard, nouvelle tentative. La vésicule biliaire présentait alors un volume beaucoup moindre. Elle était entourée de circonvolutions de l'intestin grêle, à l'une desquelles elle fut fixée par des points de suture disposés en cercle. Un bistouri fut enfoncé dans la portion adhérente, et un drain introduit à travers l'incision. Une petite portion de la bile trouva désormais à s'écouler dans l'intestin ; la majeure partie s'échappait par la fistule abdominale. Le drain fut laissé en place pendant huit jours. Au bout de trois semaines, des tentatives faites pour oblitérer la fistule abdominale entraînèrent accidentellement une communication entre le gros intestin et l'extérieur. Néanmoins l'état général du malade s'améliora. Les trois fistules, qui allaient de la vésicule biliaire au gros et au petit intestin à travers la paroi abdominale, s'oblitérent, et la guérison devint complète.

— Sous la direction du professeur Mosler, Peiper a expérimenté sur des chiens pourvus d'une fistule biliaire, en vue de rechercher si certaines substances médicamenteuses introduites dans le tube digestif arrivent jusqu'au foie. Pour éviter l'action du suc gastrique sur les substances employées, celles-ci étaient injectées dans l'intestin. Il se fit voir que l'iodure de potassium apparaît dans la bile seulement six à huit heures après son incorporation. L'acide salicylique administré en solution aqueuse à raison de 0,5 pour 150 d'eau, n'a pu être retrouvé dans la bile, tandis que, à doses plus élevées, cette même substance passe dans le produit de sécrétion du foie déjà au bout d'une demi-heure. L'acide phénique ne traverse le foie qu'en proportions très minimes. Le ferrocyanure de potassium, que Cl. Bernard a retrouvé dans la bile des animaux auxquels il en avait injecté dans les veines, n'a donné que des résultats négatifs, ainsi que le cyanure de potassium.

Dans les cas d'ictère catarrhal, Mosler a employé avec succès l'injection d'une grande quantité d'eau tiede dans le gros intestin. Rœhrig a démontré par des expériences que cette pra-

(1) Prager medic. Wochenschr., no 21, 1882.
(2) Zeitschrift für klin. medicin, t. IV, p. 402. — 1882.
(3) Deut. Archiv für klin. medicin, t. XXI, p. 522. — 1882.

tique a pour effet d'activer pendant un temps assez long la sécrétion biliaire. A son tour Peiper a pu se convaincre que l'injection dans le gros intestin d'une grande quantité d'eau a pour conséquence immédiate de rendre la bile plus diffluente. En même temps qu'augmente la proportion d'eau, la richesse de la bile en principes solides diminue. Au bout de six heures environ, c'est l'inverse qui a lieu.

L'auteur a joint à son travail deux observations cliniques établissant l'action salutaire des injections d'eau tiède (1/2 litre trois fois par jour), dans un cas d'ictère catarrhal et dans un cas de lithiase biliaire.

— MANGELSDORF a fait connaître en quelques lignes les résultats d'expériences poursuivies sous la direction du professeur Thierfelder, de Rostock, pour étudier les effets de la ligature du canal cholédoque. Ses résultats confirment ceux obtenus précédemment par MM. Charcot et Gombault, avec cette réserve que les altérations décrites du côté du foie par les deux auteurs français ne sont pas d'observation constante.

L'auteur a pris ensuite la peine de relever les principaux faits de cirrhose biliaire du foie, au nombre de 321, qu'il a pu trouver dans la littérature médicale, et de l'examen de ces faits il conclut :

Qu'aucune variété de cirrhose ne présente des caractères histologiques assez tranchés pour permettre de conclure de l'examen microscopique à l'étiologie du processus interstitiel.

Que l'opinion de Charcot, relative à l'identité de la cirrhose biliaire et de la cirrhose hypertrophique, est insoutenable.

E. RICKLIN.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

ONZIÈME SESSION

CONGRÈS DE LA ROCHELLE

Section des sciences médicales.

Suite — Voir le numéro 35.

DEUXIÈME SÉANCE.

LUXATION DE L'ÉPAULE COMPLIQUÉE DE FRACTURE DES CÔTES. — M. le professeur VERNEUIL donne communication, au nom d'un de ses anciens élèves M. Ramonat, d'une observation fort intéressante, surtout par le mécanisme par lequel elle s'est produite. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans entré dans son service six jours après une chute dans un escalier qui avait amené une luxation de l'épaule compliquée de fracture des côtes. La luxation avait été réduite, mais la complication avait passé inaperçue jusqu'au moment de son entrée à la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier.

Cet homme se plaignait d'une vive douleur dans la région thoracique; il toussait et avait une oppression assez prononcée. A l'auscultation, on entendait des râles sous-crépitants. En un mot, il existait une véritable pneumonie traumatique. Le malade fut envoyé dans les salles de M. Verneuil; un appareil fut appliqué qui maintint le bras contre le thorax, afin d'immobiliser le plus possible les côtes. Les accidents disparurent assez promptement, et le malade put quitter l'hôpital dans les délais ordinaires.

Quant au mécanisme de la lésion, y avait-il eu, se demande M. Verneuil, propulsion de la tête de l'humérus en dedans et fracture de côtes consécutive, la tête frappant directement les côtes, ou, comme l'a indiqué M. Sédillot sous le nom de luxation intercostale, abduction, écartement du tronc et choc de l'humérus atteignant perpendiculairement le thorax? Il n'est guère possible de se prononcer à cet égard, mais ce qui est parfaitement démontré, c'est que, dans certains cas, la luxation de l'épaule peut se compliquer de fracture de côtes.

TRANSFUSION DIRECTE DU SANG. — La communication faite par M. le docteur ROUSSEL, avec présentation de son appareil transfuseur, peut se résumer ainsi :

Par la transfusion directe, le sang est conduit complet et vivant d'une veine dans l'autre, au moyen d'un appareil clos et plein d'eau, donc vide d'air, formant une anastomose entre les deux circulations. Cette méthode ne prend au donneur de sang que la quantité seule qui doit être transfusée, elle n'en perd pas la plus grande partie dans des caillots, comme le font les autres méthodes à ciel ouvert. N'envoyant au malade que du sang vivant inaltéré, elle ne produit aucun accident dangereux, ce qui permet de fournir au blessé toute la dose nécessaire à assurer sa survie, ce qui est de 200 à 300 grammes dans les hémorrhagies subites, et 100 grammes au moins dans les cas d'anémie par maladies générales.

Lorsque M Roussel a donné des doses moindres, il n'a pas obtenu le résultat demandé. Il a pratiqué soixante-huit transfusions sur l'homme; il ne faut pas compter dans ce nombre six expérimentations de sang animal ou autres recherches, sur des cadavres par exemple.

M. HENROT (H.) critique la quantité de sang injectée par M. Roussel ; il est d'avis qu'une injection de 60 grammes suffit largement ; dans un certain cas même, il n'injecta pas plus de 30 grammes. Il s'agissait d'un vieux paludique qui avait eu des hématuries considérables ; les hémorrhagies cessèrent aussitôt après l'injection, et si le malade ne guérit, du moins il se rétablit suffisamment pour quitter l'hôpital.

M. VERNEUIL déclare positivement que la transfusion est une opération très difficile et très dangereuse chez un très grand nombre de malades, et qu'elle est inutile dans la grande majorité des cas. Il admet néanmoins qu'elle a pu rendre parfois des services, non pas par la quantité du sang injecté, mais parce que cette injection, si peu considérable qu'elle soit, détermine une excitation de l'endothélium de la paroi interne de l'arbre vasculaire. Cette excitation, on l'obtiendrait tout aussi bien avec du lait. Les injections d'éther dont l'emploi est usité dans les hémorrhagies puerpérales lui paraissent bien préférables.

M. HENROT distingue les cas où les malades perdent brusquement du sang et où la transfusion est inutile, des cas, au contraire, où les hémorrhagies se font lentement, d'une manière continue et dans lesquelles les injections d'éther sont absolument inefficaces.

DE L'ANÉMIE CHEZ LES MINEURS. — M. DRANSART donne lecture d'un mémoire sur cette question qui se termine par les conclusions suivantes :

Il résulte de l'observation personnelle de l'auteur et de celle de la grande majorité des médecins houilleurs du Nord et du Pas-de-Calais consultés à ce sujet par Dransart :

1o Que l'anémie n'est pas plus fréquente chez les houilleurs que chez les ouvriers des autres industries.

2o Que l'anémie chez les mineurs est absolument identique à l'anémie qui se voit partout et que, par conséquent, il n'existe pas une anémie spéciale dite anémie des mineurs.

3o Que l'anémie chez les mineurs n'a pas une étiologie spéciale professionnelle ; qu'exceptionnellement (2 fois sur 100, d'après les faits recueillis par l'auteur), l'air des mines peut être incriminé, et cela dans le travail des galeries en cul-de-sac, où la désoxygénation de l'air entraîne l'anoxhémie de Fabre, et qu'enfin, tout en admettant la possibilité de l'anémie helminthiasique chez les mineurs, il y a lieu de faire bien des réserves sur la fréquence de cette anémie et

d'attendre les résultats de l'observation d'un grand nombre de faits. Sur six mineurs anémiques, l'auteur a observé deux fois l'ankylostome duodénal, et encore en proportion si faible, qu'il n'est pas possible de lui imputer l'anémie. M. Dransart a vu l'ankylostome chez un sujet non mineur et non anémique.

Le scorbut chez un enfant de sept mois. — M. Vergez lit l'observation d'un jeune nourrisson, n'ayant encore que les deux dents ncisives médianes sorties de leur alvéole, et sur lequel il constata tous les phénomènes morbides du scorbut: décoloration des muqueuses, saignement des gencives, taches ecchymotiques à divers degrés de la peau, induration du derme en certains points, peau cireuse, torpeur, somnolence et vomissements fréquents. L'enfant succomba rapidement. Le fait est assez rare, vu l'âge du sujet, pour mériter d'être rapporté.

— La séance est levée à cinq heures trente.

Séance du 25 août (matin).

La cause du goître.—M. Jules Carret (de Chambéry) se base dans sa communication, sur des statistiques ayant trait à la nature géologique des terrains, à l'altitude, à l'orientation des localités contaminées. Il a déterminé une zône de maximum de fréquence du goître, laquelle, en Savoie, se trouve sur les versants méridionaux entre 1,000 et 1,100 mètres d'altitude, et sur les versants septentrionaux entre 400 et 500. Cette courbe est une isotherme du sol. Il signale des rapports inattendus entre la taille moyenne, la fréquence du goître, la température moyenne. Il est convaincu que le goître est causé par un microbe qui vit dans le sol, qui se retrouve dans l'eau de l'alimentation, et dont l'action n'est à craindre qu'à de certaines époques de l'année. La prophylaxie consiste à n'user à ces époques que d'eau bouillie, ou d'eau recueillie antérieurement dans des citernes.

M. Paul Landowski croit que le goître peut se rencontrer sous tous les climats; il l'a observé à 60° de latitude.

M. Décès (de Reims) cite le fait du goître existant dans cette ville tant que la population n'eut pour toute eau que celle de puits creusés dans la craie, mais disparaissant dès que des fontaines publiques alimentées par la rivière furent créées.

Prophylaxie de la phtisie pulmonaire.—M. Edouard Landowski (d'Alger) résume ainsi sa communication :

Les études de la tuberculose ont mis en évidence deux faits qui sont désormais acquis : 1° la tuberculose est inoculable; 2° elle est contagieuse.

Nous savons maintenant qu'il faut faire une distinction entre les tuberculeux et les phtisiques, et qu'on peut être tuberculeux sans être phtisique. Or, si les tuberculeux présentent un terrain sur lequel la thérapeutique peut avoir une action facilement salutaire, la cure devient bien autrement difficile quand la phtisie est déja déclarée.

Pour prévenir la phtisie, il faut donc pouvoir diagnostiquer la tuberculose dans sa période initiale ou « période de germination » de Bayle. Le premier signe de la tuberculose consiste dans la respiration anormale.

MM. Hérard, Jaccoud, Lasègue et Peter ont signalé les différentes modalités ainsi que l'importance diagnostique de la respiration anormale. Dernièrement M. Granchet a établi la grande importance de l'inspiration basse et rude ainsi que de la respiration saccadée et affaiblie au point de vue du diagnostic de la période initiale.

Il va sans dire que ces signes n'ont toute leur importance qu'autant qu'ils sont localisés et permanents et autant qu'ils sont constatés chez des personnes n'ayant jamais été atteintes d'aucune maladie aiguë des voies respiratoires.

Les observations de M. Landowski, d'Alger, sont en concordance absolue avec cette manière devoir, et il considère que le diagnostic de la période initiale, basé sur les signes stéthoscopiques mentionnés plus haut, doit servir de base à la prophylaxie de la phtisie pulmonaire. Aussi, dès que la respiration anormale est constatée, ne faut-il plus attendre pour prendre des mesures appropriées, tant hygiéniques que thérapeutiques.

Ici l'auteur repasse les différents moyens à employer, parmi lesquels la cure climatérique tient la première place, car elle met l'appareil respiratoire dans les meilleures conditions de bon fonctionnement.

M. de Musgrave Clay s'associe complétement aux idées exprimées par M. Landowski, car il n'est pas douteux pour lui que la tuberculose puisse guérir si elle est traitée à temps. De plus, afin d'éviter toute contagiosité possible, il voudrait l'isolement atmosphérique dans les familles dont un membre est devenu phtisique.

Des altérations du système nerveux dans le myxœdème. — M. Henrot (H.) a publié en France, le 7 février 1887, la première observation d'un cas absolument typique, sous le nom d'hypertrophie générale progressive.

L'histoire anatomique n'est pas encore faite ; on n'a publié jusqu'à ce jour que le résultat de trois autopsies.

Pour M. Henrot, le myxœdème ou hypertrophie mucéide générale progressive est caractérisée :

1° Par un œdème mucoïde du tissu cellulaire sous-cutané et du tissu sous-muqueux.

2° Par une hypertrophie mucéide des membres supérieurs et inférieurs, de la mâchoire inférieure, de la langue, du corps thyroïde, des ganglions lymphatiques, du foie, de la rate, des reins, des os, du grand sympathique, du corps pituitaire et de la glande pinéale.

3° Par l'atrophie du cœur, des vaisseaux, du système musculaire de la vie de relation, et de la partie des centres nerveux qui préside aux phénomènes de l'intelligence et des sens.

4° Par une anémie profonde, donnant à la peau l'aspect de la cire, sans leucocythémie.

En un mot, les centres végétatifs prennent une prépondérance absolue sur les centres de la vie de relation.

Pour M. Henrot, la lésion que produit cette dégénérescence mucéide générale du tissu conjonctif siége dans l'appareil cinoriohypophysaire, formé à la fois par une glande vasculaire sanguine et par l'anastomose supérieure des deux cordons du grand sympathique.

D'après une étude d'Owen, cet appareil est très développé dans l'état embryonnaire, et chez les animaux qui, comme les poissons, font normalement beaucoup de matière mucéide.

M. Henrot conclut ainsi :

La maladie décrite sous le nom de myxœdème, ou cachéxie pachydermique, semble essentiellement constituée par un retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général, sous l'influence de l'hypertrophie des centres végétatifs et particulièrement des ganglions du grand sympathique et des glandes vasculo-sanguines qui y sont spécialement annexées, comme le corps pituitaire et la glande pinéale, que l'on appelle aujourd'hui l'appareil cinorio-hypophysaire.

Etiologie de la variole hémorrhagique. — M. Petit (L.-H.) donne lecture des conclusions de son mémoire sur cette question: Les altérations viscérales trouvées à l'autopsie des sujets morts de variole hémorrhagique doivent être considérées le plus souvent comme *causes* et non comme effets de cette forme de la variole. On pourrait en dire autant pour les autres formes dites *malignes* de cette affection et des autres affections médicales. Il convient toutefois de distinguer, dans ces altérations, entre celles qui sont anciennes, dégénérescences diverses, stéatose, sclérose, etc.) et celles qui sont récentes (hémorrhagies interstitielles).

Les lésions viscérales, causes ou effets d'un état général morbide de l'organisme, agissent sur la variole comme sur les lésions traumatiques par les modifications imprimées au sang et aux tissus, les capillaires en particulier.

Parmi les sujets prédisposés à la variole hémorrhagique, on peut ranger ceux qui ont présenté auparavant des affections du foie, de la rate, du cœur, des reins, peut-être du poumon, ou des affections capables de produire des altérations de ces viscères : rhumatisme, scarlatine, paludisme, alcoolisme, grossesse, etc.

Nous ne savons pas encore quel profit la thérapeutique pourra tirer de ces données étiologiques, mais on pourra porter un pronostic fâcheux lorsqu'un sujet, présentant les conditions morbides que nous venons d'énumérer, contractera la variole. Il est très probable que celle-ci prendra alors la forme hémorrhagique, sinon une autre forme grave.

Tumeur du sein. — M. Duplouy présente un de ses malades qui porte une tumeur, assez rare chez l'homme, une tumeur du sein droit, qui ne lui paraît pas franchement kystique et derrière laquelle il craint la formation de quelque néoplasme sarcomateux.

M. Verneuil la considère au contraire comme parfaitement kystique.

Une ponction exploratrice faite quelques instants plus tard a démontré qu'il s'agissait là d'une tumeur suppurée.

Traitement de l'asphyxie par submersion dans les pavillons de secours de la ville de Paris. — M. Auguste Voisin donne lecture des résultats obtenus par les modifications qu'il a fait introduire dans l'installation de ces pavillons. Voici, du reste, les conclusions auxquelles il est arrivé :

1· Certitude à peu près absolue de rappeler à la vie les individus qui ont fait sous l'eau ou entre deux eaux un séjour de quelques secondes à cinq minutes.

2· Possibilité de rappeler à la vie des individus qui ont séjourné sous l'eau ou entre deux eaux depuis plus de cinq minutes jusqu'à vingt minutes.

3· Ces résultats ont été obtenus non seulement sur des individus en syncope, mais encore sur des asphyxiés, à la face et aux lèvres violacées, à la bouche ouverte et aux muscles masséters flasques.

4· Ces résultats seraient dus à l'installation, qui permet d'appliquer dans toutes ses règles la méthode de Sylvestre ; à des appareils caléfacteurs, avec lesquels on peut rappeler la chaleur sur toute la surface du corps du noyé ; à la présence d'une baignoire et d'un appareil à douches froides ; à la possibilité de maintenir le patient dans un lit pendant un nombre d'heures suffisant après son rappel à la vie ; enfin à la faculté d'avoir un personnel discipliné, instruit et toujours prêt.

M. Petit lit le titre des deux mémoires suivants, envoyés par M. Lantier :

1o *Analyse optique des humeurs virulentes.*

2o *Les phosphéries, leur rôle dans la nature, leur action au point de vue spécial médico-chirurgical.*

Résultats de la résection pathologique du poignet. — Les statistiques opératoires n'ont guère en vue que le *percentage* de la mortalité et l'étude des résultats fonctionnels. On doit demander plus quand il s'agit d'opérations pour cause pathologique.

Que devient l'affection primordiale ou la diathèse, cause initiale de la lésion pour laquelle le chirurgien a cru devoir intervenir ? -t elle reculé ? A-t-elle disparu ? Est-elle devenue plus entreprenante ? Quel est, en un mot, le *résultat thérapeutique ?* — Ce n'est qu'au prix d'une enquête sérieuse sur les résultats ultérieurs, éloignés, de telle ou telle opération, qu'on peut avoir une statistique intégrale.

M. Nepveu applique ces données à une soixantaine d'observations qu'il a recueillies dans la littérature médicale depuis la thèse de Follet (Paris, 1867).

Sur ces 60 opérés, il trouve :

1 mort par pyémie ;
2 morts rapides par méningite et pleurésie tuberculeuse au quinzième jour ;
6 amputations pour récidives de l'affection articulaire ;
21 résultats fonctionnels mauvais ou médiocres ;
11 morts de phthisie survenues, malgré l'opération, dans un délai de six mois à quatre ans.

Au résumé, sur 60 opérés, 41 insuccès.

Ces résultats doivent rendre très réservé le chirurgien opérateur, surtout lorsque, d'autre part, le traitement rationnel de la diathèse et le traitement conservateur de la tumeur blanche du poignet par l'immobilité, la compression et la révulsion, produisent assez souvent des résultats très favorables.

— La séance est levée à onze heures.

Varèle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 août 1882. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — Sur la sensibilité des lobes cérébraux chez les mammifères. — Note de M. Vulpian

M. L. Couty a communiqué à la Société de biologie, en 1880 (1), les résultats d'expériences faites pour étudier l'action des excitants mécaniques sur les régions de l'écorce cérébrale que l'on a considérées comme motrices. Il note que MM. Hitzig, Franck et Pitres auraient signalé très explicitement avant lui ce mode d'excitabilité de ces régions du cerveau et que M. Duret l'aurait peut-être admis implicitement. M. Couty a vu, sous l'influence des excitations mécaniques des zones corticales motrices du cerveau, des mouvements se produire chez des chiens. Une condition lui a paru nécessaire pour que ces mouvements aient lieu, c'est que l'écorce cérébrale soit très excitable : il a pu augmenter l'excitabilité normale de cette écorce en y déterminant une inflammation d'un certain degré d'intensité, soit par la simple mise à nu de la région du cerveau sur laquelle il se proposait d'opérer le lendemain, soit par des irritations de nature variée. Le tissu nerveux, devenu un peu plus consistant par suite de l'inflammation, pouvait être relayé ou frotté plusieurs fois de suite dans les mêmes points sans se réduire en pulpe molle, sans se détruire, en un mot. Les effets obtenus dans les expériences de M. Couty ont été de deux ordres : d'une part, des contractions de certains muscles du côté opposé du corps et, d'autre part, des mouvements de la patte correspondant au lobe cérébral excité ; dans certains cas même, des mouvements plus ou moins généralisés ont été observés. Les premiers de ces effets sont seuls semblables à ceux qui se manifestent sous l'influence des excitations électriques de la surface des régions dites motrices de l'écorce cérébrale ; les autres doivent évidemment être regardées, ainsi que le dit M. Couty, comme des mouvements réflexes, c'est-à-dire comme des résultats d'irritation sensitivo-motrice.

J'ai fait un assez grand nombre d'expériences, à diverses reprises, dans le but de m'assurer du degré d'excitabilité mécanique de l'écorce grise du cerveau. Chez les mammifères (chien, chat, lapin), à l'état sain, je n'ai jamais vu le moindre mouvement se produire, soit dans les membres du côté opposé, soit dans ceux du même côté, soit dans la face, lorsque je frottais, à l'aide d'une petite éponge, ou d'un lambeau d'amadou, ou d'un instrument

(1) L. Couty, *Sur l'excitabilité mécanique de l'écorce cérébrale.* (Comptes rendus de la Société de biologie, 1880, p. 46.)

mousse quelconque, ou enfin avec les pointes d'une pince à dissection, la surface du cerveau, dans les points dont l'excitation galvanique ou faradique déterminait des mouvements très accusés des membres ou de la face du côté opposé. Ainsi, chez le chien et chez le chat, après avoir bien reconnu les points du gyrus sigmoïde et de la circonvolution voisine sur lesquels il fallait appliquer les excitateurs d'un appareil à courants faradiques, pour voir se produire des mouvements soit du membre antérieur, soit du membre postérieur, soit de la moitié de la face du côté opposé, je soumettais ces mêmes points aux excitations mécaniques les plus variées, et jamais je n'ai vu se montrer la moindre contraction musculaire. Si donc on a pu, dans de telles conditions, provoquer, par les excitations mécaniques de l'écorce grise du cerveau, des mouvements de telle ou telle partie du corps, c'est un résultat tellement exceptionnel qu'il est permis de se demander si l'on n'a pas été induit en erreur par quelque circonstance accidentelle.

Les résultats ont été négatifs aussi lorsque j'ai répété ces essais, après avoir fait naître un état inflammatoire de la surface du gyrus sigmoïde par l'application de teinture ou d'emplâtre de cantharides, ou encore d'essence de moutarde ou de nicotine. L'excitation de la surface de cette circonvolution, faite à l'aide de moyens mécaniques divers, n'a pas produit le plus faible mouvement dans une partie quelconque du corps.

Je ne mets pas en doute cependant les résultats constatés par M. Couty, qui est un observateur très attentif; mais je me crois en droit de dire que les mouvements qu'il a provoqués en excitant l'écorce cérébrale, après y avoir déterminé une inflammation préalable, ne doivent pouvoir être observés que dans certaines conditions tout à fait spéciales, et très différentes sans doute de celles dans lesquelles je me suis placé. D'ailleurs, les résultats de mes expériences de ces dernières années sont conformes à ceux que j'avais consignés dans mes leçons de physiologie générale du système nerveux en 1864.

Si mes expériences n'ont pas confirmé celles de M. Couty, relativement aux mouvements provoqués par des excitations mécaniques de l'écorce grise cérébrale, elles m'ont permis de constater des effets analogues à ceux qu'il envisage comme des troubles moteurs réflexes et qui sont dus, non plus à la mise en jeu, par les agents mécaniques, des fonctions motrices de certaines régions de l'écorce cérébrale, mais à l'excitation, au moyen de ces agents de la sensibilité, de ces régions des centres nerveux.

On sait que les excitations galvaniques ou faradiques de la surface du gyrus sigmoïde, chez le chien, déterminent un certain degré de douleur, même quand les excitateurs sont très éloignés des lambeaux de la dure-mère, qui sont doués d'une grande sensibilité. Ce sont les points dont l'excitation électrique produit des mouvements, soit dans le membre postérieur, soit dans le membre antérieur du côté opposé, qui paraissent être les plus sensibles, tout en étant bien moins sensibles que la dure-mère.

Les excitations mécaniques de la surface du gyrus sigmoïde n'ont jamais provoqué d'indices de douleur, dans mes expériences (1). C'est encore un point à propos duquel je n'ai pas constaté les mêmes résultats que M. Couty. Mais ces mêmes excitations, lorsqu'elles étaient faites sur les parties profondes de l'écorce cérébrale, au niveau du gyrus, ou sur les parties sous-corticales de la substance blanche du lobe cérébral mis en expérience, ont déterminé, dans la plupart des cas, des signes non équivoques de souffrance.

Lorsqu'on fait pénétrer les fils métalliques d'un excitateur dans les points dits moteurs du gyrus sigmoïde et qu'on fait passer par cet excitateur un courant faradique d'intensité moyenne, on voit que les mouvements provoqués dans les membres du côté opposé deviennent de plus en plus forts au fur et à mesure que les fils conducteurs s'enfoncent dans la substance cérébrale, à la condition toutefois qu'ils rencontrent les fibres du noyau blanc du lobe cérébral qui vont se rendre dans ces régions du gyrus. Les mouvements ainsi produits sont absolument de même forme que ceux qui ont lieu par la faradisation de la surface du gyrus sigmoïde; ils n'en diffèrent que parce qu'ils sont plus étendus et plus énergiques. De même, la douleur déterminée par la faradisation de la surface du gyrus devient un peu plus vive lorsque l'excitation électrique atteint la substance blanche sous corticale. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que les excitations mécaniques, qui ne sont pas douloureuses lorsqu'elles portent sur la surface du gyrus sigmoïde, provoquent de la douleur quand elles atteignent les parties sous-corticales de cette région du cerveau. J'ajoute que les excitations mécaniques de ces parties sous-corticales du cerveau n'ont jamais provoqué de mouvements bornés à l'un ou l'autre des membres du côté opposé.

La sensibilité de la substance des lobes cérébraux est d'ailleurs incontestablement obtuse. Les signes de douleur ne se manifestent pas d'une façon constante et les gémissements plaintifs qui se font entendre sous l'influence des excitations mécaniques ne sont jamais ni forts, ni très répétés : l'agitation qui accompagne parfois ces gémissements n'est pas non plus considérable.

Les manifestations de sensibilité s'observent surtout après que l'on a excité deux ou trois fois la substance blanche sous-corticale. L'irritation expérimentale déjà subie par cette substance exagère donc sa sensibilité. Il est ainsi très probable que les irritations morbides peuvent y produire une exaltation qui se traduit par de la douleur.

Les régions de la substance blanche situées au-dessous du gyrus sigmoïde sont celles dont les excitations mécaniques mettent le mieux en évidence la faible sensibilité. Le autres régions de la substance blanche ces lobes cérébraux ne m'ont pas paru absolument insensibles, mais mes expériences n'ont pas été assez variées pour me permettre d'être affirmatif sur ce point

(1) Les expériences ont été faites le plus souvent sur des animaux engourdis par une injection de chloral hydraté dans une des veines saphènes, ou, plus rarement, dans le tissu cellulaire sous-cutané. On soumettait le gyrus à des excitations électriques ou mécaniques, lorsque l'engourdissement chloralique commençait à se dissiper et que les animaux avaient repris en partie leur sensibilité normale.

Sur quelques animaux on avait pratiqué une injection intraveineuse de chlorhydrate de morphine, au moment où les effets du chloral avaient presque complètement disparu. Les excitations faradiques de la surface du gyrus, faites alors sur les points considérés comme des centres moteurs, ont déterminé plusieurs fois, après l'interruption de l'électricité, des accès de tic chloréiforme borné aux membres et à la moitié de la face du côté opposé, ou même à l'un de ces membres, et d'une durée de vingt à trente secondes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1882. — Présidence de M. Bouley.

La correspondance manuscrite comprend :

1º Une lettre de M. le docteur Bos, médecin aux Messageries maritimes, qui remercie l'Académie pour la récompense qu'elle lui a décernée;

2º Une lettre de M. Albert Calmette, étudiant en médecine à l'hôpital de Brest, qui adresse un pli cacheté contenant l'exposé d'une invention dont il est l'auteur.

— M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Abeille, une observation d'ostéo-myélite spontanée aiguë du tibia gauche avec myélite suppurante, compliquée d'arthrite aiguë suppurante du coude droit, suivie de guérison. (Renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Legouest et Gosselin.).

— M. le président annonce la nouvelle perte que vient de faire l'Académie dans la personne de M. le docteur Woillez, l'un de ses membres titulaires dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation du président, M. H. Roger donne lecture du discours prononcé sur la tombe de Woillez au nom de l'Académie.

— M. Constantin Paul, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports favorables sur les demandes en autorisation d'exploiter des sources nouvelles.

Ces conclusions sont adoptées.

— Traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle. — M. Hervieux donne lecture, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie, d'une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle. Cette note a pour objet de faire connaître les résultats auxquels M. Duboué est arrivé en traitant la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle, moyen qui n'est pas compris parmi ceux qui ont fait l'objet de la lecture récente de M. Vulpian. A ses premiers essais, qui remontent à plus de sept années, M. Duboué a joint de nouvelles observations et il est arrivé ainsi à un chiffre total qui lui a permis de tirer des conclusions utiles. La gravité extrême que revêt la maladie dans certains cas, l'insuffisance, dans la plupart de ces cas, des moyens mis en usage jusqu'à ce jour, l'innocuité du médicament et surtout celle des doses peu élevées qu'il n'a jamais dû dépasser et qui lui ont paru cependant largement suffire à l'immense majorité des cas de la pratique ; tout, dit-il, doit engager à essayer cette nouvelle médication. Il ajoute être arrivé à cette conviction : que l'ergot de seigle est, jusqu'à ce jour, le médicament le plus efficace, pour combattre toutes les formes et surtout les formes les plus graves de la fièvre typhoïde. Il en avait essayé auparavant beaucoup d'autres et aucun ne lui avait donné des succès aussi évidents ni aussi nombreux.

La fièvre typhoïde a Paris. — M. le docteur De Pietra-Santa lit sous ce titre un mémoire dans lequel il commence par étudier les deux principales théories admises aujourd'hui sur l'étiologie de la fièvre typhoïde : la théorie anglaise de l'origine fécale de l'*enteric fever* et la théorie française qui soutient que les causes les plus diverses peuvent donner naissance à des épidémies de fièvre typhoïde. L'auteur combat la doctrine anglaise de l'unicité étiologique de la fièvre typhoïde, en s'appuyant principalement sur les observations de nos médecins militaires qui considèrent cette affection comme étant toujours sous la dépendance d'un faisceau d'influences les plus diverses, agissant sur des sujets spécialement prédisposés par leur âge, arrivant de la campagne et non encore acclimatés au séjour des grands centres de population, agglomérés enfin de façon à tomber sous le coup de l'encombrement et de l'auto infection.

M. de Pietra-Santa formule ainsi cette opinion :

« En résumé, la multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, et enfin leur dissociation dans les groupes humains soustraits au milieu morbifique indiquent clairement que la cause de la fièvre typhoïde est *inconsistante* et *décomposable*, et que, dans la généralité des cas, elle ne se synthétise pas en un agent *unique*, *préformé*, offrant les attributs de causes exclusives ou spécifiques. »

L'enquête minutieuse faite par l'auteur au moyen de documents fournis pour les bureaux d'hygiène et de statistique médicale des diverses capitales de l'Europe a mis en relief les faits suivants :

1o L'existence dans tous les grands centres de populatioo d'une fièvre qui, malgré les dénominations diverses qu'elle reçoit dans ces différents pays, possède une physionomie spéciale et caractéristique dite l'*état typhique* ou *typhoïde* ;

2o La recrudescence, à des époques variables (entre le mois de juillet et de novembre), de la maladie qui existe partout dans des conditions d'endémicité, recrudescences parfois assez notables pour prendre les apparences d'une véritable épidémie :

3o La diminution constante et progressive de l'état endémique de la fièvre typhoïde, en nombre et en gravité, au fur et à mesure que les grands travaux d'assainissement et d'hygiène générale ont reçu un développement plus considérable et plus intelligent (Londres, Turin, Munich, Zurich, Dantzik, Breslau, etc.).

A Paris, depuis plusieurs années, la fièvre typhoïde prend des proportions de plus en plus inquiétantes.

La proportion des fièvres typhoïdes, par rapport à la mortalité générale (pour toutes causes), qui était, de 1865 à 1867, de 1,90 pour 100 décès, est, en 1875, de 2,30 pour 100 et en 1876 de 4,08.

Le nombre des décès typhiques a été de 1,056 en 1880, de 2,130 en 1881, et de 989 pendant le premier semestre 1882, ce qui représente une proportion de 4,60 décès typhiques par 100 décès généraux.

Les statistiques médicales, fournies par la préfecture de la Seine et par le Conseil d'hygiène et de salubrité, démontrent :

1° Que c'est régulièrement dans les mois d'août et de novembre que la fièvre typhoïde fait le plus de victimes à Paris ;

2° Que la distribution de la fièvre typhoïde est inégale dans les divers arrondissements ;

3° Qu'il n'existe pas de rapport direct et constant entre le chiffre des décès par la fièvre typhoïde et les chiffres de la population de l'arrondissement, de sa superficie, de sa densité de population, de sa mortalité générale.

En résumé, dit en terminant M. de Pietra Santa, la statistique médicale vient à l'appui de l'observation clinique pour démontrer l'impossibilité de rattacher la fièvre typhoïde à une cause unique, l'origine fécale de l'école anglaise. (Comm. MM. Guenean de Mussy, Jaccoud et Besnier.)

La séance est levée à cinq heures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Études médicales sur Barèges, par le docteur Armieux. — Paris. G. Masson, 1880, 2e édition.

La littérature médicale s'est depuis quelques années enrichie d'un bon nombre de travaux sur les eaux minérales, et l'hydrologie longtemps restée empirique, tend à devenir à devenir à son tour scientifique et raisonnée. L'ouvrage de M. Armieux, mérite une place à part, car au lieu d'étudier tel ou tel point spécial de la médication thermale, c'est tout un travail d'ensemble et un travail complet sur la plus énergique de nos sources pyrénéennes. Une longue expérience personnelle a permis à l'auteur une étude approfondie de son sujet, tous ses chiffres ont été maintes et maintes fois contrôlés, ses statistiques embrassent un totale de plus de dix mille malades : rien de ce qui peut intéresser à Barèges, le malade ou le médecin, n'a échappé à la plume de M. Armieux.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la description du pays : sa géographie et son histoire, la géologie et la minéralogie de la contrée, l'hydrologie, la faune, la flore. Plus importante encore est l'étude de la météorologie de Barèges ; dans ce climat montagnard, à une altitude de 1,232 mètres, une foule de problèmes intéressants pour la météorologie en général aussi bien que pour le médecin, pourraient être étudiés avec fruit. La thermométrie, la barométrie, l'hygrométrie, le régime des pluies et des vents sont étudiés avec soin d'après les relevés journaliers faits depuis de longues années à l'hôpital militaire de Barèges ; les moyennes, portant sur un très grand nombre d'observations ont un rare caractère d'exactitude.

Après cette étude intéressante et un notice sur la population, l'industrie, l'hygiène de la vallée du Baston, nous trouvons une étude physico-chimique des eaux minérales. De nombreuses analyses enrichissent cette partie et lui donnent une haute valeur scientifique.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à ce qu'on pourrait appeler la physiologie de Barèges. Ce n'est pas seulement l'effet des eaux que M. Armieux a étudié, il a longuement étudié aussi les effets du climat. Il est bien évident, en effet, que l'action spéciale de l'altitude avec toutes ses conséquences ne pouvait être séparée de l'étude des eaux, et devait en être comme la préface. Le baigneur avant d'être soumis à la sulfuration des sources, est soumis à l'influence d'un climat spécial, qui modifia incontestablement son organisme. C'est là le côté trop souvent négligé dans les études hydrologiques, que M. Armieux a mis en relief, et des faits très nombreux, des pesée et des mensurations très précises servent de base inébranlable aux conclusions de l'auteur. Ce n'est qu'après cette étude préalable, qu'il en vient à l'actiou thermeminérale proprement dite. Chiffres en main, il démontre l'action sédative des eaux de Barèges sur la circulation et la température, et il accumule sur ce point spécial où il à trouvé tant de contradicteurs, toutes les preuves que quinze ans de pratique et d'études ont pu lui fournir.

L'action de l'air que le malade respire dans les piscines, air où l'azote est en si grande quantité, est ensuite l'objet de ses minutieuses investigations. L'absorption cutanée, l'électricité des eaux minérales, l'analyse des urines pendant le traitement, les divers incidents pathologiques de la cure thermale (poussée, fièvre thermale), forment autant de chapitres intéressants. Vient enfin un traité de théorie sur l'action des eaux minérales et sur celles de Barèges en particulier, théorie bien prématurée et bien hypothétique sans doute, mais que l'on ne saurait regretter de trouver à cette place.

La troisième partie est la clinique de Barèges. Puisant à pleines mains dans les feuilles statistiques des hôpitaux militaires, M. Armieux a pu baser ses conclusions sur l'observation de 11,097 malades, traités à l'hôpital militaire de Barèges de 1862 à 1878, le plus souvent sous sa direction immédiate. Aussi tous ces chapitres, consacrés aux affections nerveuses, rhumatismales, herpétiques, syphilitiques, scrofuleuses, aux lésions traumatiques, aux blessures par armes de guerre, sont-ils riches de faits et pleins d'enseignements pratiques.

Tel est, en quelques lignes, le plan général de cet ouvrage où aucune des questions qui se rattachent à Barèges et à ses thermes n'a été laissée de côté ; c'est une monographie aussi complète qu'on peut la désirer ; c'est le fruit de vingt années de pratique militaire ou civile dans cette magnifique station.

On peut ne paspartager toutes les idées de l'auteur sur les questions de doctrine, mais on ne peut que s'incliner devant la masse de faits qui constituent la base de son argumentation. Le jour où chaque station thermale aura été étudiée comme vient de l'être Barèges, l'hydrologie n'aura plus de détracteurs.

P. B.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE.— Eugène-Joseph Woillez, ancien médecin des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine, est mort à Paris le 4 septembre. Né à Montreuil-sur-Mer, le 19 janvier 1811, il était le fils d'une femme bien connue dans le monde littéraire d'autrefois, l'auteur de *l'Enfant du boulevard* et de *l'Orpheline de Moscou*, et d'un livre auquel son fils a pu collaborer, *Les médecins moralistes*, enfin l'un des premiers traducteurs des œuvres de Silvio Pellico. Woillez fut destiné de bonne heure à la médecine et reçu docteur à la Faculté de Paris en 1835. Il se rendit peu de temps après à Clermont, comme médecin de l'asile d'aliénés de cette ville, et il y resta plus de dix ans, partageant son temps entre ses devoirs professionnels et l'étude de l'archéologie. Rentré à Paris en 1851, il concourut pour le Bureau central et fut nommé médecin des hôpitaux en 1855. Un de ses ouvrages, son *Dictionnaire de diagnostic médical*, que nous avons rencontré dans toutes les bibliothèques de l'étranger, a consacré sa réputation d'excellent praticien. Ancien élève distingué de Louis, il fut nommé membre de l'Académie de médecine en 1873 ; il a été l'un de ses membres les plus ponctuels et les plus laborieux, et nous nous souviendrons toujours de cet excellent et bienveillant confrère qui ne comptait que des amis. Voici la liste de ses principaux travaux :

Sur les déformations de la poitrine dans les maladies, thèse, 1835. — Archéologie des monuments religieux de l'ancien Beauvoisis, 1839-1849. — Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, 1838.— Essai historique descriptif et statistique sur la maison d'aliénés de Clermont (Oise), 1839. — Iconographie des plantes aroïdes figurées au moyen âge en Picardie et considérées comme origine de la fleur de lis de France, 1848.— De l'amélioration du sort de l'homme aliéné, 1849. — De la congestion pulmonaire, 1854.—Dictionnaire de diagnostic médical, 1862, 2e édit., 1870.—Etudes sur les bruits des percussions thoraciques, 1855. — Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration, 1859.—Recherches sur les variations de la capacité thoracique, 1857.—Etudes sur l'auscultation des organes respiratoires, 1866. — Recherches cliniques sur la congestion, 1867.—Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, 1872. — Du sirophose, appareil de sauvetage, 1876.—L'homme et la science au temps présent, 1877.—Traité théorique et pratique de percussion, 1879.—Du rhumatisme cérébral, 1881. — Notice sur Louis.

Dr A. DUREAU.

— M. le docteur Sauvé, médecin de La Rochelle, est mort ces jours derniers, à l'âge de 77 ans. A ses obsèques assistaient quelques membres de l'Association française. M. le docteur Drouineau a prononcé l'éloge du défunt.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

369. M. Billon. Etude clinique sur les accès de fièvre palustre survenant après l'accouchement. — 370. M. Colowitch. Etude clinique de la paralysie générale chez la femme — 371. M. Loverdo. Des fractures du plancher de l'orbite siégeant surtout au niveau du trou sous-orbitaire.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 16 AOUT AU JEUDI 23 AOUT 1882.

Fièvre typhoïde 74. — Variole 8. — Rougeole 9. — Scarlatine 2. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup 28. — Dysenterie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. — Phthisie pulmonaire 168.— Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 75. — Malformation et débilité des âges extrêmes 34. — Bronchite aiguë 14. — Pneumonie 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 125. — au sein et mixte 58. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 77. — de l'appareil circulatoire 49. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 46. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1034 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. — N° 37 — 16 SEPTEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

LE QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

Genève, le 10 septembre 1882.

Le Congrès d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles, en 1876, avait été un essai, essai des mieux réussis. Le deuxième Congrès international d'hygiène s'étant tenu à Paris en 1878, on avait pu croire que l'affluence des hygiénistes était due en grande partie à l'attraction exercée par les merveilles de l'Exposition universelle. Mais le troisième Congrès de ce genre, celui de Turin, a prouvé que la science de l'hygiène suffisait à attirer la foule des savants et des philanthropes. Aujourd'hui, voici que le Congrès de Genève est venu confirmer ce succès, en attestant la vitalité et l'importance de cette sorte de réunion périodique dont MM. Pacchiotti et Lombard ont pu successivement dire :

Mobilitate viget, vires acquirit eundo.

Genève avait d'ailleurs admirablement préparé l'organisation de ce Congrès d'Hygiène et de démographie. Dépouillant la sévérité calviniste qu'en lui a parfois reprochée, la Reine du Léman a montré dans son accueil sinon l'enthousiasme expansif et bruyant que nous avait manifesté, il y a deux ans, la ville de Turin, au moins une bienveillance des plus empressées et des plus sympathiques. Grâces en soient rendues à l'activité infatigable du secrétaire général du Congrès, M. le professeur Dunant, à l'autorité du vénéré professeur M. Ch. Lombard, l'éminent climatologiste que tout le monde connaît, et au zèle du Comité d'organisation tout entier.

Les travaux du Congrès ont été divisés de la manière suivante : le matin, à neuf heures, *séances des sections*, précédées de séances pratiques de démonstration, de descriptions d'appareils, etc. Les sections étaient au nombre de cinq : Hygiène générale, Hygiène publique, Applications des sciences, Hygiène scolaire et Hygiène vétérinaire, Démographie. Les séances de section se tenaient dans les divers amphithéâtres de l'Université; à deux heures de l'après-midi s'ouvraient les séances générales dans le grand amphithéâtre, dans l'*Aula* des bâtiments académiques; puis à cinq heures ont eu lieu, au siège de l'Exposition hygiénique, des conférences sur les objets exposés par la ville de Paris.

Il suffira, pour aujourd'hui, de donner un rapide aperçu des sujets traités dans les séances générales.

La séance du lundi a été une séance préparatoire. Après les discours de bienvenue prononcés successivement par M. Schenk, délégué du Conseil fédéral, par M. Héridier, président et délégué du Conseil d'Etat, et par M. Lecointe, au nom du Conseil administratif de la ville de Genève, M. H.-Ch. Lombard, président du Comité d'organisation du Congrès, a pris la parole, et, dans un discours des plus applaudis, il nous a retracé les vicissitudes et les progrès de l'hygiène en Suisse. Gracieux, accueillant, spirituel et plein de vivacité et de vie, M. Lombard nous ferait croire volontiers à l'existence d'une fontaine de Jouvence où il irait tous les jours plonger pour s'y rajeunir.

M. Dunant nous a lu ensuite un rapport sur les actes et les travaux du Comité d'organisation du Congrès ; puis le bureau provisoire nous a invités à élire un bureau définitif.

M. le professeur Pacchiotti, président du Congrès de Turin, s'est alors levé, et, après avoir proposé de maintenir par acclamation le bureau provisoire, ce qui a été voté d'enthousiasme, il a transmis ses fonctions expirées à M. Lombard dans un discours éblouissant. Connaissant toutes les ressources de la langue française, épuisant les richesses de la réthorique et y puisant à pleines mains comme dans une corbeille de fleurs, le professeur Pacchiotti accable sous ses éloges M. Lombard, qui n'en peut mais... Puis il éclate en feux d'artifice et célèbre les grandeurs de l'hygiène, les bienfaits de la Suisse au point de vue sanitaire et le rôle joué dans l'histoire de l'esprit humain par la ville de Genève.

On respire enfin. M. A. Fauvel prend la parole pour nous donner des nouvelles du concours ouvert en 1880 par la province de Turin, qui a voté un prix de 2,500 livres en faveur du meilleur ouvrage sur l'hygiène des campagnes. Ce prix sera décerné dans la séance de clôture du Congrès.

Les délégués d'un certain nombre de pays étrangers se succèdent ensuite à la tribune : M. le professeur A. Corradi, pour l'Italie ; M. Van Overbeck de Meyer, pour la Hollande ; M. le docteur de Czatary, pour la Hongrie ; M. le docteur Georgévitch, pour la Serbie, et M. le docteur Varrentrapp, au nom des hygiénistes allemands.

A la séance générale du lendemain, la foule était aussi nombreuse, sinon plus que la veille. Si bien que M. Pasteur, en voyant cette multitude sympathique, pouvait se croire en face d'un amphithéâtre parisien. Il pouvait se dire :

Rome n'est plus dans Rome ; elle est toute où je suis.

Je ne saurais analyser, dans le peu d'espace dont je dispose, l'étude magistrale que M. Pasteur a faite de l'*atténuation des virus*. Nous y reviendrons. Pour aujourd'hui, après avoir mentionné l'immense succès de sa conférence, je me contenterai de regretter que M. Pasteur ait cru devoir, dans un ou deux passages de son discours, quitter les régions sereines de son exposition scientifique pour venir se cabrer contre quelques critiques de détail, émanées du laboratoire de M. Koch, de Berlin. Le professeur Koch, se trouvant dans l'auditoire, a demandé la parole pour expliquer qu'il répondrait à M. Pasteur par la voie des journaux scientifiques.

M. Sormani, de Pavie, a lu ensuite un exposé des expériences faites en Italie pour contrôler les résultats obtenus par M. Pasteur ; puis M. Balestreri, de Gênes, a fait, au point de vue clinique, quelques réserves relatives à l'importance du milieu où vivent et se multiplient les microbes, dont l'existence se trouve étroitement liée au liquide virulent dans lequel ils ont pris naissance. Enfin M. le professeur Layet, de Bordeaux, est venu clore la séance en attestant les bienfaits que l'hygiène est en droit d'attendre des études de M. Pasteur.

Le mercredi, M. le professeur A. Corradi, de Pavie, a développé les conclusions fort importantes d'un grand travail sur la contagion de la phthisie pulmonaire au point de vue de

l'histoire et de l'hygiène publique. Nons aurons à y revenir, et nous résumerons en même temps les communications de MM. Leudet, Balestreri, Vallin, Lubelsky, Adolphe Smith, Félix et Landowsky, sur ce même sujet.

M. Varrentrapp, conseiller sanitaire à Francfort-sur-le-Mein, et l'un des doyens de l'hygiène, a complété la séance du mercredi en nous entretenant d'une innovation assez récente dans les habitudes scolaires, et qui consiste à envoyer pendant les vacances les écoliers maladifs dans les campagnes, soit sur les montagnes, soit dans les forêts.

Le jeudi, nous avons échappé au jeûne cantonal en faisant une excursion en bateau à vapeur sur le lac Léman. Nous quittions Genève à neuf heures du matin, et à l'heure du déjeuner, nous sommes descendus à Evian, dont nous avons visité la belle installation balnéaire. D'Evian nous sommes allés jusqu'à Montreux, délicieuse station, dont le kursaal n'était pas trop vaste pour contenir la foule des hygiénistes qu'attendait un dîner des mieux ordonnés. Aussitôt après être remontés sur le bateau, la fête des yeux commença : fête vénitienne des plus inattendues et d'un effet merveilleux; feux d'artifice, salves d'artillerie, illumination magique depuis Chillon jusqu'à Vevey. Rien ne manquait pour nous éblouir. Et nous ne rentrions à Genève qu'à minuit, encore charmés.

La séance générale du vendredi a été peut-être la plus brillante. Car c'est dans cette séance que M. Lombard a fait son intéressante et savante communication sur les influences hygiéniques, physiologiques et thérapeutiques des altitudes.

Puis M. Paul Bert, dans une conférence on ne peut plus attrayante, nous a exposé ses recherches expérimentales sur les effets de la décompression sur l'organisme.

Et enfin, M. Marcet, de Londres, est venu, de son côté, nous faire part de ses observations sur les effets physiologiques des ascensions de montagnes.

La séance de clôture a eu lieu le samedi. Le docteur Haltenhoff, de Genève, et M. Roth, de Londres, ont d'abord fait connaître les conditions d'un concours destiné à donner un prix de 2,000 francs au meilleur travail sur la prévention de la cécité. M. le docteur Fieuzal, médecin de l'hospice des Quinze-Vingt, est venu de sa parole autorisée communiquer les résultats de son expérience personnelle.

M. le docteur Fauvel a fait connaître ensuite le résultat du concours pour le prix de l'hygiène des campagnes, et après la lecture du rapport de M. Félix, de Bucharest, la salle a éclaté en applaudissements pour saluer le succès ou mieux le triomphe du savant professeur d'hygiène de Bordeaux, de M. Layet.

Enfin, après une lecture de M. A. G. Martin, de Paris, sur l'exposition d'hygiène, le Congrès, sur la proposition de M. Pacchiotti, a désigné la ville de La Haye pour être le siège du cinquième Congrès international d'hygiène qui se tiendra en 1882.

PAUL FABRE (de Commentry).

CLINIQUE MÉDICALE

RELEVÉ CLINIQUE du service de M. le docteur LANCEREAUX. — Hôpital de la Pitié (année 1881). — Par M. OCTAVE GUELLIOT, interne du service.

Suite. — Voir les numéros 31, 32 33 et 34.

9. ARTHRITES GÉNITALES.

Pour en finir avec les affections aiguës des articulations, nous dirons quelques mots des arthrites liées à un état pathologique des organes génitaux de l'homme ou de la femme. Ce *rhumatisme génital* a toujours évolué à peu près de la même façon : après une période de polyarthrites plus ou moins longue, plus ou moins intense, quelquefois à peine appréciable, la douleur et la tuméfaction se sont localisées sur une jointure. Alors, comme signes locaux, on a noté une *tuméfaction* considérable, due à la fois à l'épanchement articulaire et à un œdème résistant s'étendant assez loin de l'article, de la *rougeur*, et surtout une *douleur* extrêmement vive, difficile à calmer et tourmentant horriblement le patient. Dans une seconde période, on a quelquefois constaté, une *destruction des cartilages diarthrodiaux* (crépitation articulaire), et plus tard une *ankylose* trop fréquente ; ce qui justifie l'épithète de *plastique et ankylosante* que M. le professeur Gosselin donne à cette arthrite. Sur nos 7 cas, la *blennorrhagie* a été 6 fois la cause évidente (F. 4; H. 2); chez la septième malade, l'arthrite, par ses caractères spéciaux, révélait évidemment son origine génitale; cette femme avait de puis longtemps des fleurs blanches ; le vagin était sain, mais l'examen au spéculum montra une métrite intense du col.

Certains individus semblent plus particulièrement prédisposés à ce retentissement sur les synoviales articulaires. Ainsi, la femme dont nous venons de parler avait eu, cinq ans auparavant, une arthrite du genou à la suite d'un accouchement; une autre, affectée d'une arthrite blennorrhagique du genou, avait eu, en 1877, une affection identique, alors qu'elle était nourrice.

Les articulations atteintes ont été :

Genou	3	fois.
Cou-de-pied	1	—
Coude	1	—
Poignet	1	—

Genou et articulations métacarpo-phalangiennes du petit doigt et de l'annulaire, 1 fois.

Le traitement a consisté dans l'immobilisation des jointures et l'emploi large des révulsifs locaux : vésicatoires, cautérisation ignée. Deux malades étaient encore en traitement au 31 décembre, mais chez l'une les craquements articulaires indiquaient assez clairement la destruction des cartilages diarthrodiaux (articulation métacarpo-phalangienne) ; une autre a quitté l'hôpital trop tôt pour qu'on puisse indiquer un résultat certain. Un malade, atteint d'une arthrite du genou, est revenu depuis dans les salles avec une ankylose incomplète; un autre a guéri sans la moindre raideur et peut faire le métier fatigant de gardien de la paix ; en général une certaine raideur articulaire persiste la guérison.

Avant d'en arriver aux maladies chroniques proprement dites et aux intoxications, nous allons passer en revue quelques affections du système nerveux, du foie et du rein.

10. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

Nous laissons de côté tout ce qui a rapport à la syphilis, l'alcoolisme, l'athérome artériel, etc., dont nous aurons bientôt à parler.

Plusieurs malades ont été atteints de *tumeurs de l'encéphale*.

18. Un homme de 73 ans, sur lequel on n'avait aucun renseignement, est apporté à l'hôpital le 28 octobre. Il serait malade depuis quatre jours seulement et déjà il a une *eschare profonde sur la fesse gauche* ; de ce côté, hémiplégie incomplète atteignant surtout les muscles de la face ; contracture de

l'avant-bras correspondant; signes de *pneumonie à gauche;* mort le 30 octobre. A l'autopsie, *pneumonie gauche;* athérome; reins artériels; tumeur molle, grisâtre, à la partie moyenne du corps calleux, *à droite* de la ligne médiane, et néoplasme analogue au niveau de la corne postérieure du *ventricule droit:* ces tumeurs sont des fibrômes embryonnaires.

19. A l'autopsie d'une femme de cinquante-quatre ans, morte d'une pneumonie trois jours après son entrée dans les salles, on a trouvé, outre la lésion du poumon et un cancer végétant du cœcum, des *kystes* multiples du cerveau qui n'avaient donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme appréciable, probablement à cause de la lenteur de leur développement. Ces kystes siégeaient: à gauche, à la partie supérieure de la frontale ascendante, sur la circonvolution linguale, à la face interne de la première frontale et sur le lobe carré; à droite, il y en avait un à la partie inférieure du sillon de Rolando, un autre à la partie interne de la première frontale. Plusieurs autres siégeaient dans l'épaisseur même de la substance cérébrale. Ces kystes, à un examen superficiel, eussent été pris certainement pour des cysticerques; mais leur connexion intime avec les vaisseaux, leur structure, les a fait regarder par M. Lancereaux comme des kystes vasculaires développés aux dépens de la gaîne lymphatique. (Voy. *Traité d'anatomie pathologique*, t. II.)

Sur quatre observations d'*ataxie locomotrice*, nous trouvons trois femmes. Le seul ataxique était un homme de quarante-huit ans, qui avait un *mal perforant* au gros orteil gauche. Une femme de cinquante-six ans, amaurotique depuis trois ans, avec atrophie complète des deux papilles, présentait des symptômes encore vagues de sclérose des cordons postérieurs: anesthésie plantaire, quelques douleurs fulgurantes et contractives. Enfin, chez deux jeunes femmes, le travail forcé de la machine à coudre nous a paru avoir eu quelque influence sur l'apparition de l'ataxie locomotrice. (Voy. *Union médicale*, 1882, nos 2 et 4.)

Plusieurs exemples d'*atrophie musculaire progressive* ont passé sous nos yeux. Deux fois, l'affection a débuté par les muscles de l'épaule (deltoïde, dentelé); une fois l'atrophie n'occupait que les membres supérieur et inférieur droits; une autre fois, enfin, la marche de la maladie a été interrompue par un état aigu grave, avec délire, embarras de la parole, fièvre, et, chose remarquable, une amélioration notable a succédé à cette poussée encéphalique: l'avant-bras, la cuisse, la jambe gauche, qui étaient seuls atteints, ont augmenté de 2 à 3 centimètres, de façon à atteindre presque le volume des membres sains.

Nous signalerons encore:

Une *sclérose en plaques* clonique;

Plusieurs *paralysies générales*;

Un cas d'*athétose*, dont voici le résumé:

20. D... (Marie), vingt et un ans, marchande de mouron, entrée le 7 janvier, sortie le 1er février. Père mort à trente-sept ans, de cause inconnue; mère bien portante; un frère en bonne santé; une sœur névropathe. A l'âge de treize mois, elle a été soignée à Sainte-Eugénie, service de M. Triboulet, pour une maladie sur laquelle il nous est impossible d'avoir la moindre notion. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de dix-sept ans. Elle entre à la Pitié pour un *tour de reins*.

Cette malade présente une contracture du côté droit, marquée surtout au membre supérieur. L'avant-bras a de la tendance à se fléchir sur le bras; la main est ordinairement fléchie fortement sur l'avant-bras et les doigts sur la paume de la main, les phalanges étant elles-mêmes dans la flexion. Tantôt le pouce est fortement appuyé sur l'indicateur et sa phalangette est en extension forcée; tantôt, au contraire, il se fléchit dans son articulation métacarpo-phalangienne et la pulpe vient se placer, soit entre l'indicateur et le médius, soit entre celui-ci et l'annulaire. L'avant-bras est en pronation et le poignet en adduction.

Telle est la position la plus fréquente, mais elle n'est pas fixe. Lorsqu'on regarde la main, quelque effort que fasse la malade pour la laisser immobile, on voit se produire des mouvements partiels des doigts, puis le poignet se relève, les doigts se défléchissent successivement et isolément, sans arriver le plus souvent jusqu'à l'extension complète. Quand les doigts sont fléchis et qu'on essaye de les étendre, on éprouve quelques difficultés, et on sent que la résistance est saccadée, intermittente; on arrive à les relever; mais, si l'on veut en même temps étendre le poignet, les doigts se fléchissent à nouveau, et il est très difficile de défléchir à la fois toutes ces articulations. La contracture, au dire de la malade, n'existe pas le matin, au réveil, et n'apparaît que peu après. Les deux avant-bras ont même longueur et même circonférence.

Si on fait faire à la *main gauche* un mouvement un peu accentué, comme celui de porter les doigts sur la tête ou de serrer fortement un objet, on voit la *main droite* accomplir elle-même un mouvement plus ou moins étendu, qui est parfois symétrique avec celui du côté opposé, mais qui d'autres fois n'a avec lui qu'un rapport de durée et non de direction; la même chose se produit quand l'une des jambes se déplace; il est absolument impossible à la malade d'empêcher ces mouvements associés.

Membre inférieur. — Au lit, on voit le pied droit de la malade légèrement dévié en dedans avec abaissement de la pointe; il y a donc un peu de *varus équin*, mais assez peu prononcé et disparaissant même par instants. La concavité plantaire est exagérée. La marche est facile, le pied repose bien sur le sol; mais la jambe est plus faible de ce côté, ce qui s'explique par une atrophie musculaire très évidente (circonf. mollet gauche: 38 centim.; mollet droit: 37 centim.; cuisse gauche: 50 centim.; cuisse droite: 48 centim.). Il ne se produit pas de mouvements épileptoïdes quand on fléchit le pied; le réflexe tendineux est exagéré et l'élévation du pied se fait par une série de secousses. L'athétose est moins marquée qu'à la main; cependant les deux premiers orteils, et surtout le premier, sont le siège de mouvements de flexion et d'extension, lents et discontinus, que l'on exagère en faisant exécuter des mouvements à la main ou à la jambe gauche.

Rien de spécial du côté de la sensibilité.

Asymétrie faciale. — Le front, la joue, le menton, du côté droit, sont moins saillants qu'à gauche; la concavité du voile du palais est également moins prononcée. Bégayement depuis l'enfance, prononciation scandée des syllabes.

L'*hystérie* a fourni, comme toujours, un contingent important à la salle des femmes, et nous n'énumérerons pas tous les phénomènes observés: troubles nerveux divers, hypnotisme, catalepsie, etc. Il y aurait quelque intérêt à approfondir l'*étiologie* d'un état aussi fréquent et à établir des variétés en rapport avec la cause de la maladie. Parmi ces causes, il faut-

drait peut-être admettre l'alcoolisme des ascendants, et M. Lancereaux n'est pas éloigné de penser qu'un père alcoolique procrée assez souvent une fille qui, dès son jeune âge, présente des troubles du système nerveux : cauchemars, état névropathique, et, qui plus tard, présente des symptômes très comparables à ceux de l'intoxication par les liqueurs spiritueuses : c'est ainsi que les hystériques de cette catégorie ont des rêves effrayants (morts, précipices, animaux féroces on immondes), des réveils en sursant, des crampes, parfois même des pituites matinales, bien qu'elles soient elles-mêmes absolument exemptes d'alcoolisme. Il y aurait là matière à une étude instructive et utile.

Nous avons vu l'*épilepsie* coïncider avec des déformations faciales et craniennes. Une femme, celle-là non épileptique, mais qui avait eu des convulsions dans l'enfance, présentait au plus haut degré cette asymétrie faciale : à gauche, il y avait une véritable *trophonévrose* avec atrophie de l'os de la pommette et du maxillaire inférieur ; mais au crâne, l'atrophie occupait le côté droit. Vu dans son ensemble, celui-ci présentait la déformation décrite sous le nom de *plagiocéphalie* (crâne oblique ovalaire de Virchow); la synostose prématurée de la suture fronto-pariétale droite était probablement la cause de cette atrophie croisée.

11. Maladies du foie et des reins.

Ce paragraphe, qui devrait être un des plus longs de notre relevé, sera, au contraire, un des plus courts : c'est que la plupart des lésions du foie ou du rein ne sont que la localisation sur ces organes d'une maladie générale, et nous les signalerons quand nous parlerons de la syphilis, du saturnisme, de l'impaludisme, de l'alcoolisme. Nous ne ferons que mentionner ici quelques cas de *calculs hépatiques* qui n'ont rien présenté de bien spécial, trois observations de *néphrite épithéliale* ; l'une chez un jeune homme de dix-neuf ans, soigné à la fin de l'année précédente pour une pneumonie ; une autre consécutive à une scarlatine ; la troisième chez un individu préposé la nuit à la garde des voitures de maraîchers aux halles, et où le froid a été la cause déterminante. Enfin, à l'autopsie d'une femme apportée dans le service le 29 juillet avec de l'aphonie, une parésie de tous les membres et une abolition de la sécrétion urinaire, on a trouvé un *calcul* enclavé dans l'uretère gauche ; il ne s'était pas produit d'hydronéphrose, mais le parenchyme rénal s'était atrophié et était réduit à une calotte mince coiffant l'extrémité des calices.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE.

« A Monsieur le docteur De Ranse, rédacteur en chef de la Gazette médicale de Paris,

« Paris, le 11 septembre 1882.

« Mon cher confrère,

« Ce n'est qu'aujourd'hui que le numéro du 2 septembre de votre estimable journal m'est tombé sous les yeux. J'y lis sous la rubrique : Index de thérapeutique. — *La variole et l'antiseptique Pennès*, un article de réclame pharmaceutique extrait du *Journal d'hygiène* et dont on m'attribue impudemment la paternité.

« Je proteste énergiquement contre l'abus qui a été fait de mon nom par l'auteur anonyme de cet article.

« Veuillez agréer, etc.

« F. Labadie-Lagrave. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Contributions à l'histoire des fibromyomes de l'utérus.

I. Elimination spontanée des fibromyomes de l'utérus, par Funck (1).—II. Expulsion d'un fibrome utérin à travers la paroi abdominale, par Schmidt (2).—III. Un cas de myomes multiples du col de l'utérus, par Rabenau (3). — IV. Tumeurs épithéliales dans des myomes utérins, par Babesiu (4).

Funk passe en revue les différents modes d'élimination spontanée des fibromes utérins : 1° fibromes sous-muqueux qui se pédiculisent, sous l'influence d'un effort de toux, de vomissement ou de défécation, se détachent pour tomber dans le vagin. Aussitôt que le polype apparaît à l'entrée du col, il faut intervenir et ne pas attendre l'élimination spontanée, de peur de voir se développer des accidents, comme l'auteur en rapporte un exemple (gangrène de la tumeur, lymphangite, métrophlébite; mort). L'apparition des règles est loin d'être une contre-indication ; durant la période menstruelle, les polypes sont plus facilement accessibles. 2° fibro-myomes soulevant le revêtement séreux de l'utérus et, après s'être pédiculisés, se détachant pour tomber dans la cavité abdominale, le plus souvent dans le creux de Douglas, pouvant ensuite se frayer une voie au dehors à travers le rectum, la vessie, la paroi abdominale (voir plus loin), à travers une perforation due à la chute d'une eschare (gangrène par compression); enfin le fibro-myome peut être expulsé de l'épaisseur de la paroi utérine, après que sa capsule se sera ramollie par suppuration. Ou bien c'est la gangrène qui envahit la tumeur et les tissus avoisinants et fraye à celle-là un chemin au dehors. Dans un cas relaté par l'auteur, à la suite d'un avortement avec endométrite consécutive, un fibrome de l'utérus en voie de suppuration septique fut éliminé par fragments à travers la vessie, le rectum et le vagin. Une autre fois, Funk a vu un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus se compliquer de péritonite, avec abcès consécutif, perforation de la paroi abdominale, expulsion spontanée des débris de la tumeur.

— Schmidt rapporte un fait semblable :

Une femme de 33 ans avait toujours eu des règles profuses et douloureuses. Dans les quatre premiers mois de sa première grossesse (1873), elle avait eu plusieurs métrorrhagies. Elle devint ensuite sujette à une constipation des plus opiniâtres. Deuxième grossesse vers la fin de l'année 1877, dans le cours de laquelle l'exploration de la cavité abdominale permit de reconnaître l'existence d'une tumeur ronde, élastique, du volume d'une tête d'enfant, mobile dans le sens transversal, ne participant pas aux mouvements respiratoires, accessible au toucher vaginal et rectal. La grossesse évolua d'abord sans incident. Par suite du développement de l'utérus, la tumeur fut refoulée vers le grille costale, à gauche ; en même temps elle augmenta de volume. Au quatrième mois, le doigt intro-

(1) Centralblatt für Gynækologie, n° 25, 1882.
(2) Wiener medic. Wochenschr., no 28, 1882.
(3) Berliner klin. Wochenschr, n° 11, 1882.
(4) Wiener allgemeine Zeitung, nos 4 et 5, 1882.

duit dans le vagin ne réussissait plus à l'atteindre. Au commencement du mois d'avril, la femme fut prise d'une violente céphalalgie qui s'exaspéra; le 20 du même mois, elle perd connaissance et ses membres sont agités de convulsions cloniques. Au sortir de cette attaque, il subsiste une paralysie du côté gauche, face comprise, qui persista pendant huit jours; la sensibilité était émoussée du côté paralysé. La composition de l'urine était normale. Le 6 mai, la femme est prise de douleurs, et elle expulse bientôt un fœtus de six mois, sans vie, non macéré, avec son placenta. L'utérus fut lent à se rétracter. Des hémorrhagies abondantes nécessitèrent l'emploi du seigle ergoté (3 gr. par jour); elles ne prirent fin qu'à partir du 8 juillet. Pendant ce temps, la tumeur s'était implantée audessous de l'utérus et contre la ligne blanche abdominale. Puis elle se remit à croître, devenant de plus en plus fluctuante et douloureuse à la pression. La paroi abdominale se rétracta à son niveau et fut envahie par de la rougeur. Le 1er août, il se fit une perforation spontanée de la paroi abdominale, avec écoulement d'une grande quantité de pus fétide. Plusieurs autres perforations apparurent, dans les jours qui suivirent; c'est par l'un de ces orifices que vint faire saillie la tumeur nécrosée. On sectionna avec le bistouri les lambeaux qui séparaient les orifices voisins, et on procéda à l'extirpation partielle de la tumeur qui fut enlevée fragments par fragments. Sous le pansement antiseptique, la plaie abdominale se cicatrisa sans aucune complication, et la malade guérit. Les règles réapparurent pour la première fois le 18 octobre suivant.

— Une femme de trente-cinq ans, nullipare, compte dans sa famille deux tantes qui n'ont jamais été réglées et qui n'ont pas d'utérus, une sœur qui n'a pas non plus vu ses règles, et une mère qui a été plusieurs fois déjà opérée pour des polypes de l'utérus; elle-même n'est réglée que depuis dix ans et d'une façon très irrégulière. Depuis deux années, elle était sujette à des métrorrhagies profuses lorsqu'elle se fit admettre dans le service du gynécologiste Martin (de Berlin). A l'examen au spéculum, on constata que le col était très volumineux; la lèvre antérieure avait la forme d'un champignon. Le col se continuait sous forme d'une tumeur du volume d'une orange à la surface de laquelle la muqueuse était excoriée et saignante. A droite, dans la portion sus-vaginale, on sentait encore au toucher une tumeur du volume d'une noix. On pouvait croire à une tumeur maligne. Pour assurer le diagnostic, on excisa un petit fragment de la lèvre antérieure et on le soumit à l'examen microscopique. On reconnut ainsi que la tumeur n'était autre qu'un myome. Sur quoi on pratiqua l'amputation du col, qui renfermait deux noyaux distincts et bien délimités de myome, l'un dans la lèvre antérieure, du volume d'une noix; l'autre, dans la lèvre postérieure, du volume d'une noisette.

La malade se rétablit assez vite, et elle n'eut plus de métrorrhagie dans les premiers temps qui suivirent l'opération.

Babesiu rapporte deux cas de fibro-myome du fond de l'utérus, dans l'épaisseur desquels on trouva des productions épithéliales absolument indépendantes de la muqueuse utérine. La première observation est relative à une ouvrière de quarante-cinq ans qui succomba aux suites de métrorrhagies profuses. Dans le fond de l'utérus, on trouva, à côté d'antres tumeurs semblables de petites dimensions, un myome gros comme le poing, au centre duquel s'était formé un carcinome à cellules cylindriques du volume d'une noix. Dans le second cas, on trouva, chez une femme de vingt et un ans affectée d'un pyothorax et d'une pyélo-néphrite calculeuse, une tumeur du volume d'un œuf, occupant le fond de l'utérus et proéminant en dehors et en dedans. Cette tumeur était en réalité constituée par deux kystes multiloculaires séparés par une couche de tissu fibro-myomateux. La tumeur inférieure était formée par un kyste central gros comme une noix et entouré de petits kystes semblables. La tumeur sus-jacente ne contenait que de petits kystes. Ceux-ci étaient remplis d'un liquide clair et la face interne de leur paroi était tapissée par un épithélium cylindrique.

Le point de départ de ces tumeurs aurait été, à l'idée de Babesiu, le dépôt, dans le tissu musculaire de l'utérus en voie de développement, d'éléments anormaux destinés à donner naissance les uns aux productions épithéliales et les autres au tissu qui constitue les fibro-myomes.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

Traitement des fibro-myomes de l'utérus, par Schwarzenholzer (*Dissertation inaugurale*, Tubingue, 1882).

Du fibrome sous-séreux, par Boerner (*Wolkmann's Sammlung Klin. Vortraege*, n° 202, 1882).

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

ONZIÈME SESSION

CONGRÈS DE LA ROCHELLE

Section des sciences médicales.

Suite.— Voir les numéros 35 et 36.

Quatrième séance. — 26 août (soir).

Gangrène du pied droit. — L'observation rapportée par M. le docteur Lecler est celle d'un homme sans autre antécédent morbide qu'une fièvre typhoïde remontant à sept années et lui ayant laissé une sensation de froid dans les pieds. Cet homme fut pris subitement dans le gros orteil du pied droit d'une douleur augmentant rapidement d'intensité et s'accompagnant d'une certaine tuméfaction. Cataplasmes belladonés, incision facilitant l'écoulement d'une sanie sans odeur, n'avaient amené aucun soulagement, lorsque, le 26 mars, des phénomènes de gangrène se déclarèrent. L'emploi du thermo-cautère et les bains locaux phéniqués n'eurent aucun résultat immédiat; l'on dut enlever successivement tous les métatarsiens; au mois de mai seulement, la gangrène fut limitée sur le dos du pied par un sillon circonscrivant les parties sphacélées. Il ne resta plus qu'à reséquer quelques fragments nécrosés du cuboïde et des cunéiformes. Vers la fin de juin, le malade put commencer à se lever; aujourd'hui, il marche avec des béquilles. En résumé, le traitement a consisté à suivre le mal pas à pas, en faisant pénétrer les antiseptiques dans la profondeur des tissus.

M. le professeur Heuaot (Henri) a observé avec M. le professeur Decès (de Reims) un cas à peu près analogue chez un homme de 40 ans, de très forte constitution, sans aucun antécédent pathologique autre qu'un rhumatisme articulaire du pied, parfaitement guéri, du reste, depuis plusieurs années.

Cet individu fut également pris tout à coup d'une vive douleur dans le gros orteil du pied droit; la douleur existait surtout la nuit

elle était d'une telle intensité qu'il était obligé de tenir son pied à pleines mains.

Tout traitement était resté inefficace, lorsque M. Henrot s'aperçut qu'il existait entre l'ongle et la phalange une production verruqueuse. Pensant, avec M. Decès, que c'était là la cause de ces vives douleurs, il en fit l'ablation; quinze jours plus tard le gros orteil, atteint de gangrène, était amputé; des fusées purulentes se développaient; le troisième orteil était pris à son tour. Cautérisations étendues et larges débridements restaient sans effet; le second orteil était également atteint par la gangrène, puis le quatrième et le cinquième, ce dernier plus légèrement. Bref quatre orteils sur cinq durent être enlevés. Ce ne fut qu'à dater de ce moment, et sous l'influence du régime lacté et des pansements antiseptiques que, le mal s'arrêtant, cet homme put commencer à se rétablir. La guérison fut des plus lentes.

De l'expérience de Scheiner envisagée dans ses rapports avec la théorie de l'accommodation. — Le travail de M. Prompt se termine par cette conclusion que les preuves empruntées à l'expérience de Scheiner pour établir l'existence de l'accomodation reposent sur une observation incomplète. Les doubles images observées de près quand l'œil s'accomode pour l'épingle la plus éloignée tiennent à la dilatation de la pupille; celles qu'on observe dans le cas opposé tiennent à la polyopie occasionnée par la couche liquide qui se répand sur la cornée.

Traitement de la méningite des enfants. — Le mémoire de M. Vovard (de Bordeaux) renferme une première série de neuf observations de guérison de méningite. Cinq des enfants traités par la médication qu'il préconise ont été vus par d'autres médecins, qui ont porté le même diagnostic que lui. Voici en quoi, du reste, consiste cette médication.

Aussitôt le diagnostic de méningite posé, il prescrit l'iodure de potassium; il fait raser la tête de l'enfant et répandre sur le cuir chevelu, à l'aide d'un petit pinceau, une légère couche d'huile de croton-tiglium, puis il applique une calotte de toile Dieu pour éviter l'absorption de l'huile par les draps. Ce pansement est renouvelé trois fois par jour, jusqu'à ce que l'on obtienne une éruption pustuleuse abondante. Alors on cesse l'huile de croton-tiglium.

Il fait ensuite coudre dans un petit bonnet, afin d'éviter leur déplacement, des feuilles de poirée, qu'on recouvre de pommade de Sainbois, et ce petit bonnet est mis sur la tête de l'enfant.

Il obtient ainsi souvent une suppuration abondante et prolongée, à laquelle il attribue particulièrement la guérison de ses malades.

Il insiste beaucoup sur ce point que, pour obtenir des guérisons, on doit chercher à obtenir la suppuration dès le début de la maladie, et l'entretenir jusqu'à ce que le malade n'inspire plus d'inquiétude.

La fréquence relative des guérisons de cette maladie lui fait conclure que, dans un grand nombre de cas, la méningite des enfants n'est pas de nature tuberculeuse, mais, le plus souvent, le résultat de localisations strumeuses sur les méninges.

Il y a, selon lui, des méningites strumeuses, lymphatiques ou scrofuleuses, comme il y a des arthropathies scrofuleuses, des ophthalmies lymphatiques.

C'est pourquoi il donne à la maladie le nom de *méningite des enfants*, ne voulant pas la qualifier de méningite tuberculeuse, granuleuse, etc., parce que ces diverses dénominations pourraient consacrer des erreurs.

Trois processus morbides principaux, selon lui, peuvent déterminer la méningite des enfants :

1° Le processus inflammatoire qui peut résulter d'une insolation, d'une contusion du cerveau, d'une excitation par action réflexe, comme celle qui résulte du travail de la dentition, etc.

2° Le processus strumeux, lymphatique (c'est le processus qui détermine le plus grand nombre de méningites).

3° Le processus tuberculeux.

Les deux premières formes de méningite sont assez souvent curables avec un traitement énergique.

La dernière est peut-être toujours incurable.

— La communication de M. Vovard donne lieu à une longue discussion, à laquelle prennent successivement part MM. René, Le Clerc, Duplouy, Musgrave-Clay et Leudet, rappelant que maintes fois des fièvres de croissance ont été prises pour des méningites, en raison de l'intensité des symptômes, et ont tout naturellement guéri en quelques jours, voire même en l'absence de tout traitement.

M. Vovard maintient que les observations citées par lui se rapportent bien à des méningites, que la maladie a toujours duré plus d'une quinzaine de jours, et que dans trois cas sur neuf il est survenu des phénomènes de paralysie. Le diagnostic de méningite n'a pas été porté par lui seul, mais bien par lui et plusieurs de ses confrères.

Éruption vaccinale généralisée, par M. Rigabert, qui résume ainsi sa communication :

— Les éruptions vaccinales spontanées peuvent être primitives et se développer simultanément avec les boutons de vaccine ou bien être consécutives et évoluer à une époque plus reculée, souvent du 9e au 11e jour.

Les deux cas qui font l'objet de cette communication se rapportent à la dernière partie de cette proposition.

Cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales. M. Ch. Monod adresse un mémoire sur les divers procédés auxquels on a recours dans le traitement de ces fistules et préconise surtout un procédé qui consiste à inciser largement le périnée dans toute sa hauteur, à faire la périnéoraphie et à réunir par première intention. M. Monod donne à l'appui plusieurs observations. La méthode qu'il emploie a surtout pour avantage de supprimer les fissures et par suite les inconvénients et les dangers provenant du passage des matières et des gaz dans ces fissures.

L'épithélioma et les injections interstitielles. — La communication de M. Duplouy (de Rochefort) a surtout pour but d'insister sur les avantages que l'on peut retirer des injections interstitielles d'acide acétique concentré dans la zone environnant l'épithélioma. Mais ces injections n'auront véritablement d'effet, dit-il, que si l'on arrive à cerner complètement le néoplasme par un nombre suffisant d'injections, nombre qui variera selon l'étendue du mal. Des deux observations rapportées par l'auteur, il en est une surtout qui est réellement probante. Il s'agit d'un homme atteint du cancer des fumeurs. Une première fois il fut opéré avec succès par le thermocautère, mais le mal récidivait au bout d'un mois à peine. Ce que voyant, M. Duplouy fit, pendant trois séances, des injections d'acide acétique concentré. Ces injections furent horriblement douloureuses, il est vrai, mais quatre jours après la dernière séance, l'épithélioma se détachait. Le néoplasme n'a pas récidivé depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois mois. Si la guérison se maintenait et que de nouvelles observations vinssent confirmer les tentatives de M. Duplouy, si heureusement couronnées de succès, le fait serait de la plus haute importance.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

Cinquième séance. — 28 août 1882.

Dès l'ouverture de la séance, la section adopte à l'unanimité le vœu proposé par M. le docteur Carret : que le volume des comptes rendus d'un Congrès ne paraisse pas au bout de douze ou treize mois, mais qu'il soit publié un mois au moins avant l'ouverture de la session suivante.

De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. — M. le professeur Bernheim (de Nancy) désigne sous ce nom les cas dans lesquels, sans altération organique notable du cœur, sans complications pulmonaires ou autres, le pouls devient petit, fréquent, dépressible, et le malade succombe à cette accélération para-

lytique du cœur. Elle peut se produire dès le début de la fièvre avec ou sans adynamie sérieuse concomitante. Dans d'autres cas elle ne se manifeste qu'à une période plus avancée de l'évolution.

La température axillaire peut être fébrile, mais fébrile modérée; d'autres fois elle est normale ou hyponormale. Dans une des observations relatées, la température axillaire resta plusieurs jours au-dessous de 37 degrés, la température rectale étant entre 39 et 40 degrés; l'affaiblissement cardiaque maintenait, malgré l'augmentation de chaleur centrale, une basse température à la périphérie.

M. Bernheim pense que cette asystolie nerveuse de la fièvre typhoïde est due à une action directe du poison ou microbe typhique sur le centre d'innervation cardiaque. Normalement le pouls est moins fréquent dans la fièvre typhoïde que dans les autres pyrexies, comme si le poison typhique, agissant dans un sens analogue, avait une action rétentissante sur le pouls. On conçoit que ce même poison venant à se concentrer en plus grande quantité sur le centre nerveux cardiaque agisse encore comme la digitale à dose toxique, c'est-à-dire produise l'accélération paralytique. Cette théorie expliquerait aussi ce fait constaté par l'auteur, que la digitale non seulement est inefficace, mais dangereuse dans ce cas, que, donnée à titre préservatif, elle ne prévient pas la forme cardiaque.

L'auteur appuie ses conclusions sur six observations démonstratives, avec autopsie.

La mort subite, dans certains cas de fièvre typhoïde où l'on ne rencontre pas d'altération organique du cœur justiciable, pourrait être due à la concentration subite du poison sur le centre cardiaque; ce serait la variété foudroyante de la forme cardiaque.

M. Henrot (de Reims) cite aussi, M. Bernheim ayant parlé de mort foudroyante, un certain nombre de cas de mort subite, notamment celui d'une femme qui mourut tout à coup en faisant quelques mouvements dans son lit, bien qu'elle ne fût atteinte que d'une fièvre typhoïde en apparence peu grave.

Ce sont là des cas dans lesquels il s'est produit une dégénérescence graisseuse du cœur, cas qui constituent une forme spéciale de la fièvre typhoïde à ajouter à la nomenclature de M. Bernheim.

Chez ces malades on observe généralement une irrégularité du pouls, des intermittences, et le moindre mouvement peut déterminer une syncope fatale.

Perméabilité des effractions épidermiques aux substances solubles. — M. Aubert fait une communication sur la perméabilité des effractions épidermiques aux substances solubles.

Les recherches de M. Straus ont établi que si on injecte sous la peau avec une seringue de Pravaz un ou deux milligrammes seulement de pilocarpine, on obtient une sudation purement locale. M. Aubert, en répétant ces expériences, a vite constaté qu'il suffisait d'une quantité infiniment moindre et que la plus petite piqûre de la plus fine aiguille à coudre faite à la peau, recouverte d'une goutte de solution de pilocarpine suffisait à produire la sudation locale.

La vue directe ne suffirait pas à constater nettement un phénomène aussi atténué, mais en prenant les empreintes sudorales d'après la méthode qu'il a fait connaître à la session du Havre, M. Aubert a pu suivre facilement le phénomène pendant toute sa durée. La sudation locale ainsi obtenue dure de une à deux heures. On peut, avec ces modes d'exploration combinés, fines piqûres d'aiguille à la pilocarpine et récolte des empreintes, explorer très facilement la fonction sudorale en un point quelconque de la surface du corps.

M. Aubert a fait une application de cette méthode à la durée de la perméabilité des effractions épidermiques, question qui offre de l'intérêt soit pour le chirurgien, soit pour le dermatologiste.

Les piqûres d'aiguille restent perméables à la solution de pilocarpine 24, 48, et même 72 heures après leur production. Le volume de la piqûre, dans certaines limites, bien entendu, a peu d'importance. Une piqûre d'aiguille de Pravaz n'est pas perméable plus longtemps que celle d'une très fine aiguille à coudre.

L'obliquité de la piqûre ne modifie pas non plus l'absorption.

La succion faite de suite, dix secondes après les piqûres, n'empêche pas la pénétration et l'action de la pilocarpine. Il ne faut donc pas, si l'on se fait une piqûre en pratiquant une autopsie dangereuse, ou en opérant un syphilitique, se fier trop complètement au lavage et à la succion.

Les égratignures très superficielles restent perméables pendant le même temps que les piqûres et ne sont complètement fermées que du 3e au 4e jour.

Les effractions résultant de l'épilation, très nettement perméables de suite après l'opération, le sont encore un peu, quinze heures après, mais cessent de l'être après vingt-cinq ou trente heures.

Distribution de la cataracte dans la région lyonnaise. — Le mémoire de M. le professeur Gayet est principalement basé sur les documents qui lui ont été fournis par le registre d'inscription des archives de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il relève: 1o Que la cataracte est dans un rapport constant avec la population, rapport qui est, pour dix ans, de 2 sur 1,000 habitants, sauf dans le bassin houiller de la Loire;

2o Que les femmes, quoique un peu plus nombreuses que les hommes dans la région, sont moins atteintes qu'eux : 1,54 sur 1,000 au lieu de 2;

3o Les habitants des villes sont moins prédisposés à la maladie que les gens de la campagne;

4o Le seul point de la région où M. Gayet ait observé plus de 3 pour 1,000 est le bassin houiller où se trouvent en grand nombre des verreries et de puissants établissements métallurgiques;

5o Relativement à l'âge, il a dressé des courbes qui montrent que la cataracte débute en moyenne à quarante-quatre ans chez les hommes et à quarante-neuf chez les femmes et qu'elle atteint son maximum dans les deux sexes à soixante-huit ans. Passé cet âge, la mort fauche les vieillards et supprime la cataracte en supprimant son terrain;

6o Quant aux professions, l'exercice assidu de l'accommodation ne prédispose pas à la cataracte. Ce fait, ajouté à la prédominance de cette affection chez l'habitant des campagnes et chez les ouvriers verriers, semble indiquer que la chaleur rayonnante peut être considérée comme ayant une influence certaine sur la production de la cataracte.

M. Janssen croit que la chaleur agissant directement sur le cristallin doit avoir, en effet, une grande influence sur la production de la cataracte, cet organe arrêtant 13 pour 100 des rayons calorifiques.

M. Rochard ne partage pas cette opinion, car le nombre des cataractes n'est pas plus considérable dans les pays chauds qu'ailleurs. Il pense bien plutôt à l'influence des rayons lumineux, la cataracte se développant surtout dans les pays chauds, il est vrai, mais dans les pays chauds dénués de *verdure*.

M. Verneuil n'admet, quant à lui, ni l'influence de la chaleur ni celle de la lumière, mais bien celle de la goutte et du rhumatisme.

Varèle.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 août 1882. — Présidence de M. E. Boussingault.

Physiologie expérimentale. — Sur les effets vaso-moteurs par l'excitation du segment périphérique du nerf lingual. — Note de M. Vulpian.

On sait que l'excitation faradique du segment périphérique du

nerf lingual, que l'on vient de couper sur un mammifère, détermine une dilatation considérable de tous les vaisseaux de la moitié correspondante de la langue dans toute la région où se terminent les ramifications de ce nerf. L'expérience se fait très facilement sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle ou morphinisé. La membrane muqueuse dans toute cette région et celle du frein de la langue, du même côté, prennent une teinte rouge très prononcée : il en est souvent de même, à un certain degré, pour la membrane muqueuse gingivale, à la face interne du maxillaire inférieur, vers la canine et les dents voisines. La veine principale qui longe, à la face inférieure de la langue, le frein lingual, devient turgescente, et toutes les veines et veinules qui s'y rendent en parcourant cette région, du bord de la langue vers le frein, se dilatent aussi. Le sang contenu dans ces vaisseaux offre une teinte rouge semblable, ou à peu près, à celle du sang artériel ; la température de cette partie de la langue s'élève notablement.

Ce sont là des faits bien connus. Les phénomènes dont il s'agit se manifestent encore, après la ligature de l'artère linguale, du côté où l'on faradise le segment périphérique du nerf coupé. On les observe aussi, presque au même degré, après qu'on a lié non seulement l'artère linguale, mais encore les artères carotides interne et externe du même côté, à plus de 0m,01 au-dessus de la bifurcation du tronc carotidien primitif, et ce tronc lui-même, au milieu du cou. La ligature de la carotide primitive et celle de l'artère vertébrale, avant son entrée dans le canal des vertèbres cervicales, ne les empêchent pas de se montrer, même lorsqu'on lie aussi la carotide interne et la carotide externe, à une certaine distance de la bifurcation de la carotide primitive. On constate encore ces effets de l'excitation faradique du nerf lingual, et ils sont tout aussi accusés, après la section du tronc nerveux vago sympathique et après l'excision du ganglion cervical supérieur du même côté.

Quand la circulation s'arrête définitivement (farado-puncture des ventricules du cœur au travers de la paroi thoracique) chez un animal sur lequel on vient d'exciter le segment périphérique d'un des nerfs linguaux, on voit que la moitié opposée de la langue devient pâle, que ses vaisseaux se resserrent, avant que ces mêmes phénomènes se manifestent dans la moitié de la langue, du côté où le nerf a été faradisé. De ce côté, la membrane muqueuse linguale reste rouge et les veines demeurent gonflées pendant une à deux minutes ; le sang n'y perd que lentement sa couleur vermeille. Les effets produits par la faradisation du nerf lingual persistent donc pendant un certain temps après l'arrêt du cœur, et opposent pour ainsi dire de la résistance à l'excitation vaso-constrictive généralisée qui se produit, chez tous les animaux, quelques instants après la mort (1).

En même temps que tous les vaisseaux de la région innervée par le nerf lingual coupé et faradisé se dilatent, ceux de la même région de la moitié opposée de la langue se resserrent. Cette particularité ne m'avait pas frappé lors de mes premières expériences. Le contraste entre les deux moitiés de la langue, lorsqu'on vient de cesser la faradisation du segment périphérique de l'un des nerfs linguaux, m'avait alors paru suffisamment expliqué par la congestion intense, déterminée ainsi dans la moitié de la langue qui correspond au nerf excité. Je me suis assuré plus récemment que la moitié opposée de la langue devient plus pâle qu'avant l'excitation faradique et que les veines de la face inférieure de cette partie de l'organe subissent un certain degré de resserrement.

Ce resserrement vasculaire et cette pâleur de la membrane muqueuse linguale ne sont pas dus uniquement à une dérivation du sang de cette moitié de la langue au profit de l'autre moitié de l'organe : il y a certainement une action nerveuse vaso-constrictive qui s'exerce sur les artérioles du côté qui pâlit.

S'il s'agissait d'un simple phénomène de dérivation, le diamètre des vaisseaux pourrait bien diminuer, mais le sang qu'ils contiennent ne changerait pas de couleur. Or, ce changement de coloration a été incontestable dans plusieurs expériences. Lorsqu'on avait faradisé, par exemple, le segment périphérique du nerf lingual droit sur un chien curarisé, le sang des veinules et de la veine principale de la face inférieure de la moitié gauche de la langue, qui offrait, avant la faradisation, une coloration moins sombre, à cause de la curarisation, que dans les conditions normales, était devenu très manifestement noirâtre. La circulation s'était donc ralentie, de ce côté, dans les vaisseaux capillaires ; le sang y avait pris des caractères plus marqués de sang veineux, et cet effet ne peut être attribué, dans ces conditions, qu'à un resserrement très notable des artérioles sous une influence vaso-constrictive.

Une autre remarque prouve bien aussi que les modifications circulatoires observées dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on électrise le segment périphérique du nerf lingual droit, ne sont pas seulement la conséquence de l'augmentation d'afflux du sang dans la moitié droite de l'organe : c'est que ces modifications (pâleur de la membrane muqueuse, teinte plus sombre du sang contenu dans les veines) sont loin d'avoir la même durée que celles qui ont lieu dans l'autre côté de la langue (congestion vive et générale de la membrane muqueuse, teinte vermeille du sang des veines, etc.). Si l'on a soumis le segment périphérique du nerf lingual droit à une faradisation d'intensité moyenne pendant trente à quarante secondes, les phénomènes de congestion, dans la moitié correspondante de la langue, ont atteint leur plus haut degré d'intensité ; à ce moment, les modifications subies par la circulation dans la moitié gauche de l'organe sont aussi des plus nettes. Or la congestion de la moitié droite de la langue et la rutilance du sang des veines de sa face inférieure durent plusieurs minutes ; parfois elles n'ont pas disparu complètement au bout de dix minutes, tandis que les phénomènes inverses qui se manifestent dans la moitié gauche de la langue s'effacent souvent au bout d'une demi-minute ou d'une minute.

En somme, il s'agit là d'une action vaso-constrictive réflexe, et ce qui ne saurait laisser de doutes à cet égard, c'est que la constriction vasculaire ainsi provoquée dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on faradise le segment périphérique du nerf lingual droit, est beaucoup moins nette après la section préalable du nerf vago-sympathique du côté gauche.

Le nerf lingual paraît donc posséder un certain degré de sensibilité récurrente, qui se manifeste surtout quand on excite le segment périphérique de ce nerf coupé, par le resserrement des vaisseaux de la moitié opposée de la langue.

Séance du 4 septembre 1882. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — DE LA BACTÉRIDIE SYPHILITIQUE; DE L'ÉVOLUTION SYPHILITIQUE CHEZ LE PORC. Mémoire de MM. L. MARTINEAU et HAMONIC, (1) présenté par M. Bouley. (Extrait par les auteurs.)

En résumé, le 29 avril 1882, nous excisons un chancre induré, que nous plaçons dans un ballon contenant une certaine quantité de bouillon de culture préparé suivant les indications données par M. Pasteur pour la recherche et l'étude des microbes. A midi, nous commençons notre opération ; à trois heures, le liquide de culture contient quelques flocons qui troublent sa transparence ; à

(1) J'ai essayé plusieurs fois de déterminer une nouvelle dilatation des veines de la face inférieure de la langue, en faradisant le segment périphérique du nerf lingual, au moment où, après la mort, ces canaux commençaient à revenir sur eux-mêmes. Je n'ai constaté ni dilation nouvelle ni ralentissement du resserrement des vaisseaux du côté correspondant.

(1) C'est par une erreur de mise en pages que la communication de M. Martineau sur le même sujet n'a pas été mentionnée dans notre compte rendu de l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine.

six heures trente, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase, et le 30 avril, à dix heures du matin, nous constatons la présence de nombreuses bactéridies. Pour assurer la réalité de cette bactéridie syphilitique, nous injectons, dans le tissu cellulaire de la région pénienne d'un porc âgé de 5 mois environ, avec une seringue de Pravaz, une certaine quantité du liquide contenant les bactéridies.

Le lendemain de cette injection, nous constatons dans le sang de l'animal la présence de bactéridies analogues. Un mois environ après l'inoculation, des manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papulo-squameuses) se développent sur l'abdomen, en même temps que les poils tombent.

N'ayant aucune donnée sur la syphilis du porc, et afin d'affirmer la réalité de l'affection inoculée à ce premier animal, au moyen de la bactéridie syphilitique, nous instituons une deuxième expérience qui doit nous servir de comparaison.

A cet effet, à l'aide d'une aiguille à vaccin chargée de sérosité recueillie sur un chancre infectant, nous pratiquons une inoculation dans la peau de la région pénienne d'un jeune porc âgé de quelques semaines.

Quatre jours après cette inoculation, l'examen du sang de l'animal démontre l'existence d'une bactéridie analogue à celle de la première expérience. Quatorze jours après, les manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papuleuses) apparaissent sur l'abdomen. D'abord isolées, elles se généralisent, persistent pendant plusieurs jours, puis elles disparaissent complètement, deux mois après l'inoculation.

De même, après plusieurs semaines, l'examen microscopique du sang a démontré l'absence de la bactéridie.

Afin de nous assurer de la transmission de la syphilis à d'autres animaux, au moyen des bactéridies trouvées dans le sang des deux porcs, nous les cultivons, et avec l'aide de M. le professeur Nocard (d'Alfort), nous injectons, au moyen de la seringue de Pravaz, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région pénienne d'un jeune porc et d'un chevreau, ce liquide de culture. Ces expériences n'ont donné jusqu'à ce jour (23 août) aucun résultat. Le sang, examiné avec le plus grand soin par ce savant professeur, n'a jamais présenté de bactéridies.

Tel est le résumé succinct des expériences que nous avons commencées le 29 avril dernier.

Si nous comparons nos deux expériences (1° inoculation à un porc de la bactéridie développée par la culture d'un chancre infectant; 2° inoculation à un autre porc de la sérosité recueillie sur un chancre infectant), nous constatons leur similitude, tant au point de vue du développement de la bactéridie dans le sang qu'à celui des manifestations cutanées syphilitiques.

On ne peut donc mettre en doute la réalité de la bactéridie syphilitique. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance que cette découverte comporte, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la syphilis. Nous nous proposons de continuer nos études, et d'informer l'Académie dès que nous aurons obtenu de nouveaux résultats. Nous nous proposons de même de poursuivre l'étude de la syphilis chez les animaux, étude qui ne paraît pas avoir été faite complètement jusqu'à ce jour et qui nous paraît des plus intéressantes si nous considérons les faits dont nous avons donné la relation. Outre que l'évolution de la syphilis paraît être plus rapide chez les animaux que chez l'homme, il semble que cette maladie constitutionnelle ne se présente pas chez les animaux, notamment chez le porc, avec toute la série des accidents qui appartiennent à la syphilis humaine. Tous les animaux enfin ne paraissent pas aptes à contracter la syphilis; on peut même dire que la plupart sont réfractaires à la contagion syphilitique, et que ceux qui ont été considérés comme ayant une certaine aptitude présentent une résistance plus ou moins grande aux effets du virus syphilitique. Chez le porc notamment, s'il est vrai que le virus syphilitique puisse lui être inoculé directement de l'homme, il est non moins vrai, d'après nos expériences, qu'il n'est pas inoculable de porc à porc, ou de porc à un animal d'une autre espèce, tel que le singe, par exemple. Cette non-transmissibilité d'animal à animal paraît être du reste en rapport avec l'évolution rapide des manifestations syphilitiques, avec la disparition rapide des bactéridies et avec la guérison assez prompte de la maladie constitutionnelle.

Cette difficulté dans la transmission de la syphilis entre les animaux nous donne en outre l'explication de la rareté de cette maladie en dehors de l'homme, et de la difficulté qu'éprouvent les expérimentateurs dans la résolution des nombreux problèmes qu'elle soulève. C'est pourtant à les résoudre que nous allons nous appliquer, en poursuivant nos recherches sur les différents points traités dans cette communication, avec l'espoir de donner à l'Académie des résultats complets.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1882. — Présidence de M. HENRI BOULEY.

M. LARREY présente : 1° de la part de M. le docteur Sorel, médecin-major de première classe à Sétif (Algérie), un travail intitulé : *Du traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude*. — 2° Au nom de M. le docteur Bouloumier, une brochure intitulée : *Secours aux blessés en temps de guerre*. — 3° Au nom de M. le docteur de Pietra-Santa, une brochure intitulée : *Assainissement de Paris; les odeurs de Paris et les systèmes de vidanges*.

— M. JULES GUÉRIN dépose une note *sur les inoculations virulentes préventives* et lit des conclusions de ce travail extrait des *Bulletins des sciences de l'Académie de Belgique* :

1° La méthode de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine n'a pas prouvé jusqu'ici qu'elle reproduisît la maladie qu'elle a prétendu pouvoir reproduire;

2° Pour être légitimement fondée à le prétendre, elle devrait pouvoir, à la faveur de la cohabitation des animaux inoculés avec les animaux sains, provoquer chez ces derniers la maladie spontanée elle-même dont elle a cru transmettre l'essence et le germe;

3° Par suite de cette substitution d'un processus morbide naturel, cette méthode n'est pas plus fondée à conclure à la propriété prophylactique de l'inoculation, que cette dernière ne l'est à la reproduction réelle de la maladie dont elle a la prétention d'emprunter les éléments;

4° Quelles que soient la forme et la nature de la maladie reproduite par l'inoculation, celle-ci sera obligée de reconnaître, jusqu'à preuve du contraire, qu'elle devient, en vertu de la propriété virulente contagieuse, un foyer d'entretien, de renouvellement et de propagation de la maladie qui lui donne naissance;

5° Finalement, toutes les applications de la méthode générale d'inoculation préventive, dont l'inoculation de la péripneumonie bovine n'est qu'une application particulière, présentent les mêmes lacunes, offrent les mêmes inconvénients et réclament le même supplément de preuves pour être admises et se considérer comme capables de produire, reproduire et prévenir la maladie dont elles empruntent et cultivent les éléments.

— M. ONIMUS lit un travail intitulé : *De l'importance du réseau lymphatique périphérique*. Voici le résumé de ce travail :

La rougeur de la peau survient dans beaucoup de circonstances, et l'on a toujours fait intervenir comme cause unique les modifications qui ont lieu du côté des capillaires sanguins. Cette cause est incontestable, mais elle n'est pas exclusive, car il faut tenir compte de la couche plus superficielle formée par le réseau lymphatique qui renferme un liquide jaune pâle translucide.

Si la lymphe est abondante, la couleur rouge des vaisseaux sanguins sera atténuée et la peau paraîtra blanche; si la lymphe est

rare et le réseau lymphatique est vide, la coloration du réseau sanguin prédominera et la peau sera plus ou moins rouge

Après une excitation de la peau, on constate d'abord une tache blanche, puis une tache rouge et enfin rosée, c'est-à-dire qu'au premier moment les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques sont vidés mécaniquement de leur contenu, d'où la tache blanche. Mais le sang revient aussitôt dans les capillaires, tandis que la lymphe ne remplit de nouveau le réseau lymphatique que très lentement. On voit alors de petites traînées blanches parcourir en tous sens la tache et finir par former une surface d'aspect rosé.

La plupart du temps, tandis que la ligne reste rouge, il se forme sur chaque bord une élévation blanche qui est due à l'accumulation de la lymphe. Lorsque l'élévation est considérable, comme dans certains cas pathologiques, si on vient à l'ouvrir avec une aiguille, elle laisse suinter une goutte de sérum jaune fatteux, qui n'est autre chose que la lymphe.

Les deux élévations ne sont pas toujours identiques, celle du côté du cœur étant d'abord plus élevée, tandis que le contraire a lieu après quelques minutes.

Si l'on ne tient pas compte de ces phénomènes, on trouve des contradictions dans les résultats obtenus par l'électrisation sur l'homme et sur les animaux.

En effet, l'électrisation cutanée qui incontestablement amène la contraction des vaisseaux sanguins, produit une rubéfaction de la peau, et cela évidemment par la vacuité du système lymphatique.

Avec des courants continus, la rougeur est plus marquée au pôle positif, et cependant celui ci détermine le plus nettement le resserrement des vaisseaux. C'est donc la construction des tubes lymphatiques qui peut seule expliquer l'effet obtenu.

Ces phénomènes sont la conséquence de la différence de structure des parois des capillaires sanguins et des capillaires lymphatiques.

Les changements de coloration de la peau si importants dans les différentes maladies, et même les modifications qui existent d'une personne à l'autre, dépendent donc, non seulement de la circulation du sang, mais aussi de celle de la lymphe.

Dans tous les cas, si les excitants de la contractilité des capillaires rougissent la peau à leurs points d'application, cela tient, la plupart du temps, à la disposition de la couche blanche opaline, formée par la lymphe, disposition qui fait mieux apparaître le réseau sous-jacent rouge des capillaires sanguins. (Ce travail est renvoyé à la section de physique médicale.)

— M. le docteur CH. BRAME (de Tours) lit un travail *sur deux cas particuliers d'ophthalmie purulente chez l'adulte, guéris rapidement*, par le chlorure ferrique en solution dans l'alcool, ou par une solution alcoolique de tannin, portés au bout d'une baguette de verre dans les fosses nasales.

— La séance est levée à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE

ETUDE SUR LA SCLÉROSE DU MYOCARDE (MYOCARDITE SCLÉREUSE HYPERTROPHIQUE PRIMITIVE), par le docteur JUHEL-RENOY.

Le rôle que les altérations du myocarde jouent dans la pathogénie des maladies du cœur a été bien mis en relief dans ces dernières années, et les recherches récentes de quelques observateurs montrent qu'il peut s'étendre bien en dehors des lésions valvulaires, longtemps considérées comme la cause exclusive de ces maladies. Il y a plus, l'observation clinique a fait reconnaître qu'il existe tout un groupe de cardiopathies dans lequel on ne peut trouver d'autre explication à l'apparition des phénomènes morbides, que l'existence d'une altération particulière du myocarde, altération qui, pour être de nature variable, n'en joue pas moins un rôle exclusif et prédominant. Dans ces faits, on ne saurait évidemment invoquer une lésion valvulaire dont l'autopsie démontre l'absence d'une manière indéniable. La dégénérescence graisseuse du cœur peut être citée comme le type de ces cardiopathies sans altération d'orifice, mais elle n'en est pas le seul représentant, et à côté d'elle se placent d'autres altérations qui, bien que reconnaissant un processus différent, n'en aboutissent pas moins à un pareil résultat.

C'est précisément à l'étude de faits se rattachant à cette dernière catégorie, que l'excellente thèse de M. Juhel-Renoy est consacrée. Sous le nom de myocardite scléreuse hypertrophique, M. Juhel-Renoy décrit, en effet, une nouvelle forme de cardiopathie à laquelle il faut accorder, d'après lui, une place à part et qu'il n'hésite même pas à considérer comme une véritable entité morbide. Dans cette maladie, l'altération du myocarde joue sans conteste le rôle principal, c'est d'elle que dépendent tous les phénomènes observés. Anatomiquement elle est caractérisée par une intégrité absolue des orifices et des appareils valvulaires, et, d'autre part, par une altération spéciale du muscle cardiaque tout à fait comparable à la cirrhose dont la rapprochent les plus étroites analogies. On la trouve constituée, en effet, par un processus scléreux interstitiel dont la première phase est marquée par une hyperplasie embryonnaire très abondante du tissu connectif intermusculaire, et la seconde par une véritable rétraction fibreuse du tissu de nouvelle formation. Cette rétraction entraîne avec elle l'atrophie des fibres musculaires enserrées et comme étouffées par la prolifération du tissu ambiant. Le travail de sclérose peut se présenter sous deux formes principales : l'une *discrète*, l'autre *confluente*, cette dernière étant de beaucoup la plus rare.

L'examen histologique montre une identité parfaite entre ce processus et celui de la sclérose des autres organes, et notamment celle du foie, désignée généralement sous le nom de *cirrhose*. Ajoutons qu'elle est rarement isolée et qu'on la trouve fréquemment associée à des lésions analogues du côté des reins ou du système artériel, sclérose rénale, athérôme, cercle sénile, etc., etc. Un fait à noter, c'est que ce travail de sclérose semble naître au voisinage immédiat des artérioles. Or c'est là une circonstance d'ordre capital, en ce sens qu'elle permet de rapporter à ces vaisseaux le point de départ véritable de la lésion scléreuse. En d'autres termes, celle-ci reconnaîtrait pour cause une artérite, et ultérieurement une péri-artérite, absolument comme cela se passe pour le foie et pour le rein, lorsque ces organes viennent à subir la dégénération cirrhotique, et d'une manière générale pour tous les organes qui subissent la transformation scléreuse.

A ce complexus anatomo-pathologique si précis et dont les différentes phases peuvent être si exactement reconstituées, correspond un syndrôme clinique non moins défini. On retrouve ici la plupart des symptômes qui caractérisent la *maladie du cœur*. Au début, ce sont principalement des troubles fonctionnels, palpitation, dyspnée apparaissant par accès, mais on observe de plus un phénomène spécial sur lequel l'auteur insiste et qui consiste dans l'existence d'une douleur précordiale, sorte de bouton analogue au *bouton diaphragmatique* et dont la pression révèle facilement l'existence. Un peu plus tard on assiste au développement d'une hypertrophie pro-

gressive, mais à aucun moment on ne constate de bruit de souffle. L'hypertrophie est le résultat du travail de prolifération interstitielle; elle cesse avec cette dernière pour faire place à la dilatation du cœur, dont l'apparition est amenée fatalement par l'atrophie graduellement croissante de la paroi musculaire cardiaque. La lésion entre alors cliniquement dans une nouvelle phase, qui est marquée par l'apparition de l'asystolie avec son cortège de troubles circulatoires et viscéraux bien connus. Ces troubles asystoliques présentent cependant, dans l'espèce, quelque chose de spécial, notamment la *prédominance* et l'*apparition précoce* des phénomènes pulmonaires. M. le docteur Rigal, qui a bien étudié cette forme de cardiopathie, insiste sur cette dernière particularité et sur les caractères de la congestion pulmonaire, qu'il a trouvé fréquemment limitée à un seul côté et localisée à un des sommets dont elle semble occuper de préférence la partie antérieure. Ces congestions se font remarquer encore par leur brusquerie et leur motilité, qui rend leur interprétation délicate.

L'évolution clinique de cette lésion est naturellement assez lente, le début est insidieux et le cortège symptomatique n'est complet qu'après l'entrée en scène de l'asystolie. Cette dernière ne s'établit pas d'emblée, mais seulement après une série d'attaques successives qui font bientôt place à un état asystolique permanent. La terminaison par *angine de poitrine* a été notée dans trois cas; mais l'interprétation de ces faits est difficile en raison de la coexistence possible de lésions aortiques qui peuvent revendiquer une certaine part dans la production des phénomènes d'*angor pectoris*.

Le diagnostic de cette forme de myocardite présente parfois d'insurmontables difficultés. Les troubles fonctionnels et le syndrome asystolie par lesquels elle se révèle se retrouvent, en effet, dans la plupart des cardiopathies, particulièrement dans celles qui reconnaissent pour cause une lésion valvulaire, et l'on est tenté de rapporter à une de celles-ci les phénomènes observés. Pour résoudre cette question délicate, il faut tenir compte de l'ensemble des symptômes, de leur marche aussi bien que de l'absence prolongée du bruit de souffle qui permet d'écarter l'hypothèse d'une lésion valvulaire. Nous avons dit plus haut quelle était l'importance de la congestion pulmonaire, de sa brusque apparition, de sa localisation fréquente d'un côté et à la partie antérieure d'un sommet. La confusion est possible également avec l'hypertrophie liée à la néphrite interstitielle, mais il importe de rappeler que dans cette dernière les troubles rénaux dominent la scène et occupent le premier rang; la polyurie est considérable et dure depuis longtemps, et de plus il existe une albuminurie légère; beaucoup plus rare dans la myocardite scléreuse primitive. La recherche des antécédents peut fournir des renseignements utiles dans les cas douteux, et, à ce propos, il est bon de rappeler que, parmi les causes les mieux démontrées de cette forme de myocardite, il faut placer, au premier rang, l'alcoolisme, l'athérome, le diabète et la goutte, toutes maladies qui agissent sans doute par une altération primitive du sang dont l'irritation de la paroi vasculaire est la conséquence en quelque sorte nécessaire.

Dr P. MUSELIER.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. le docteur O. Labadié, ancien maire de Narbonne, élu député de l'Aude en 1881. Il avait été nommé député à la Chambre précédente dans la dernière année de la législature; mais à raison de son état de santé, il ne s'était pas représenté aux élections du 21 août 1881. M. Labadié avait siégé à l'extrême gauche. Il était parent de l'ancien député de Marseille, son homonyme.

Le doyen des médecins de France, M. le docteur Dorin, vient de succomber à Châlons-sur-Marne, à l'âge de quatre-vingt quatorze ans.

Par testament, il lègue à la ville sa bibliothèque médicale et sa belle collection ornithologique.

***

CHOLÉRA. — Le *Journal officiel* publie la note suivante: « Le choléra, qui règne en ce moment dans l'extrême Orient, a atteint notre colonie de Cochinchine. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie ne frappe guère que les indigènes. A la date du 4 septembre, huit Européens seulement avaient été atteints, trois avaient succombé. Toutes les précautions avaient d'ailleurs été prises d'avance pour combattre le fléau, dont les progrès à Manille et dans l'Annam faisaient prévoir l'invasion. »

***

Le jury du concours pour les prix de l'internat est constitué comme suit: MM. Oulmont, Guyon, Bucquoy, Horteloup, Richelot, Hutinel et Moizard.

***

Par arrêté en date du 31 août 1882, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 20 mai 1882 est porté de quarante-neuf à cinquante.

Cette cinquantième place sera comprise dans la section d'accouchements et sera réservée à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

***

Par arrêté en date du 1er août 1882, un enseignement spécial à l'usage exclusif des élèves sages-femmes externes est institué, à titre gratuit, à la Faculté de médecine de Lyon, à partir du 1er novembre 1882; les matières de cet enseignement seront traitées en deux années.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés pour trois ans, à partir du 1er août 1882, chef de clinique chirurgicale: M. Guillemin; chef de clinique obstétricale, M. Rémy.

***

HOSPICES CIVILS DE LYON. — Un concours pour une place de chirurgien-major de l'Antiquaille s'ouvrira le 15 janvier 1883, à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil général de l'administration, assisté d'un jury médical. Le candidat nommé doit remplir les fonctions de chirurgien suppléant pour tous les services de chirurgie, jusqu'au 31 décembre 1887. Le 1er janvier 1888, il entre en fonctions comme chirurgien aide-major; le 1er janvier, il est chirurgien-major; le 1er janvier 1900, il passe chirurgien des Chazeaux.

***

ASILES D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — M. le docteur H. Taguet a été nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

372. M. Blanchard. Observations de mal perforant indiquant le début d'une affection spinale. — 373. M. Beaudet. Contribution à l'étude de la gangrène des membres dans les affections cardiaques. — 374. M. Garraud. Etude sur le diagnostic des prétendues fausses grossesses. — 375. M. Fraisse. Etude sur la disjonction de la symphise pubienne dans l'accouchement. — 376. M. Lesdos. Contribution à l'étude de l'hémothorax d'origine traumatique. — 377. M. Margery. Localisations pulmonaires dans le rhumatisme aigu. — 378. M. Delcroix. De la tétanie. — 379. M. Malherbe. Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde. — 380. M. Bordes-Pagès. Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire. — 381. M. Marcelin. Essai sur les causes, le pronostic et le traitement du raccourcissement dans les fractures obliques du fémur. — 382. M. Bonjean. Des plaques muqueuses du larynx. — 383. M. Langlois. Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux. — 384. M. Janot. De la diphthérie à Paris. — 385. M. Ménager. De la mortalité et de la morbidité du premier âge et du moyen de les combattre. — 386. M. Hameau. — De la laryngotomie inter-cricothyroïdienne par le thermo-cautère. — 387. M. Roussac. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique et de leur traitement. — 388. M. Martin. Traitement des kystes synoviaux tendineux du poignet et de la paume de la main par la méthode antiseptique. — 389. M. Retif. De l'insufflation d'air dans l'oreille moyenne. — 390. M. Druillet. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'intestin sans solution de continuité des parois abdominales. — 391. M. Decamp. De l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 23 AOUT AU JEUDI 30 AOUT 1882.

Fièvre typhoïde 82. — Variole 7. — Rougeole 19. — Scarlatine 2. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 26. — Dysenterie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 9. — Autres affections générales 71. — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 10. — Pneumonie 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 102. — au sein et mixte 57. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 81. — de l'appareil circulatoire 45. — de l'appareil respiratoire 45. — de l'appareil digestif 45. — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 42. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1006 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 21 septembre 1882.

Académie de médecine. — LES AVANTAGES DE LA TÉNOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DU PIED-BOT. — LA TARSOTOMIE.

M. Jules Guérin est venu rappeler à la tribune de l'Académie les avantages de la ténotomie dans le traitement du pied-bot et s'élever de toutes ses forces contre l'abus qu'on fait aujourd'hui de la tarsotomie.

M. le professeur Gosselin a posé à ce sujet la question préalable et rappelé à M. Guérin que la tarsotomie pratiquée à l'étranger n'était pas encore entrée dans nos mœurs chirurgicales et que la chirurgie française ne pouvait être justiciable des reproches que l'honorable académicien venait de lui adresser.

D'autre part, on ne peut guère opposer les deux méthodes : la ténotomie, grâce aux travaux de Stromeyer, Bouvier et Jules Guérin, lui même constitue une vraie conquête de la chirurgie moderne, et il ne peut venir à l'idée d'aucun chirurgien d'abandonner pour la tarsotomie cet élément aujourd'hui indispensable dans le traitement du pied-bot.

Mais cette méthode, pour laquelle, il faut bien le reconnaître, on avait manifesté au début beaucoup trop d'engouement, a ses limites, et M. Tillaux, l'éminent chirurgien de Beaujon, visant ce côté de la question, a demandé qu'on fasse une distinction complète entre le pied-bot de l'enfant et celui de l'adulte.

C'est, en effet, seulement pour le pied-bot de l'enfant que la ténotomie fait merveille, à la condition toutefois qu'on pratique concurremment la section de toutes les parties fibreuses qui s'opposent à la réduction.

Mais chez l'adulte, aux rétractions musculaires s'ajoutent souvent des déformations osseuses, qui apportent au redressement une résistance invincible.

Dans ces cas, et M. Guérin lui-même l'a reconnu, la ténotomie est impuissante. Mais que faire alors ?

Jusqu'alors la chirurgie était désarmée, et voilà qu'une méthode nouvelle nous vient de l'étranger.

Tout en faisant la part des témérités chirurgicales d'outre-Rhin, il faut bien avouer que cette méthode est fort rationnelle, et, nous pouvons sans nous départir de l'extrême prudence qui fait l'honneur de notre École française, mettre à l'essai cette nouvelle méthode dans les cas extrêmes où la ténotomie ne peut rien.

C'est donc plus tard, et quand nos chirurgiens l'auront expérimenté, qu'il nous sera permis d'avoir une opinion sur la valeur de cette opération.

FEUILLETON

XI. — CHINESE CUSTOMS MEDICAL REPORTS (Comptes-rendus médicaux des douanes chinoises), par le docteur MAX. DURAND-FARDEL (1).

Les consultations au dispensaire de l'hôpital des Missions. — Les assistances indigènes. — Médecine et chirurgie des Chinois.

L'organisation du *Dispensaire* adjoint à l'hôpital me paraît surtout intéressante à faire connaître. On y accède par un perron ouvrant sur une des rues les plus fréquentées du quartier chinois (le *Maloo*) de la concession anglaise, limitrophe au quartier européen. Un vestibule de petite dimension mène à la salle d'attente, vaste et très claire, les murs blanchis à la chaux, sans aucun ornement. Deux séries de bancs vernis, séparés par une allée centrale, permettent à deux ou trois cents personnes de s'y asseoir, les femmes d'un côté, les hommes de l'autre, suivant la coutume chinoise. Vis-à-vis la porte d'entrée, une chaire qui donne à cette salle d'attente une apparence de salle d'école ou de conférence. Cette chaire était destinée à la prédication.

En effet, dans le principe, toutes ces institutions sanitaires combinaient avec la pratique de la médecine la propagande biblique. Les premiers médecins étaient en même temps des missionnaires. Les consultants entendaient des prêches, et emportaient des *tracts* à distribuer. Maintenant, on n'y fait plus que de la médecine.

La consultation commence à midi et se prolonge généralement jusqu'à la fin du jour. Pendant l'hiver, il y a chaque jour de 80 à 100 consultants ; pendant l'été, 200 ou 300, beaucoup venant de loin, de la campagne. Un *boy* (domestique) appelle et introduit successivement les malades dans la salle de consultation, les femmes d'abord.

Cette salle de consultation, ouverte sur une terrasse basse et sur une cour gazonnée et plantée, est divisée dans sa longueur par

(1) Voir les numéros des 7 et 14 janvier, 4 février, 18 mars, 8 avril, 3 juin, 1er juillet 26 août, 2 et 9 septembre.

Congrès de Genève. — De la contagion de la phthisie pulmonaire au point de vue de l'histoire et de l'hygiène publique.

Dans une de ses séances générales, le Congrès de Genève, dont notre collaborateur M. Fabre a déjà énuméré les principaux travaux, a discuté la question de la phthisie pulmonaire, envisagée « au point de vue de l'histoire et de l'hygiène ». Des paroles très sages ont été prononcées à cette occasion, qui méritent d'être signalées aux lecteurs de la Gazette médicale.

Le premier point de la question a été épuisé en quelques phrases par M. Corradi. Le savant professeur de Pavie a posé en fait que depuis l'époque la plus reculée jusqu'à la période contemporaine marquée par les travaux de M. Villemin sur l'inoculabilité de la tuberculose et par les révélations plus récentes de M. Koch sur la nature parasitaire du contage tuberculeux, l'idée de la contagion de la phthisie pulmonaire a toujours été admise en principe. Mais cette doctrine n'a jamais été acceptée sans conteste; aujourd'hui encore, elle est fortement controversée.

On comprend donc que lorsque M. Corradi, abordant la question d'hygiène, a proposé de réglementer le mariage et la cohabitation entre tuberculeux et sujets sains, de surveiller la provenance de la lymphe vaccinale au point de vue des dangers possibles de l'inoculation de la tuberculose, de mettre en pratique l'isolement des phthisiques par la création d'hôpitaux spéciaux, on comprend qu'une voix autorisée comme celle de M. Vallin se soit fait entendre pour rappeler que l'hygiène est avant tout une science d'application, que malgré les recherches de M. Villemin et de M. Koch, la contagiosité de la tuberculose n'est encore qu'une *hypothèse vraisemblable*, qu'elle ne saurait dès lors légitimer des mesures vexatoires comme l'isolement, et, ajouterons-nous, des craintes aussi vaines que celle de communiquer la tuberculose par la vaccination.

Hâtons-nous de dire que M. Corradi ne s'est pas fait illusion sur la véritable portée des découvertes que revendique la science expérimentale en matière de tuberculose. Il a reconnu qu'il appartient à l'observation clinique de trancher les questions soulevées par les résultats de l'expérimentation, et il a insisté sur la nécessité de mettre la doctrine de la nature parasitaire de la tuberculose en harmonie avec le fait indéniable de la prédisposition et de l'hérédité.

Cette thèse, nous l'avons soutenue à cette place lorsque, récemment encore, nous soulevions l'opportunité d'une enquête à ouvrir sur le terrain de la clinique et destinée à nous éclairer d'une façon positive sur la transmissibilité de la tuberculose de l'homme à l'homme dans des circonstances déterminées. Il en découlerait pour le médecin des indications utiles sur les dangers que fait courir à un sujet sain la cohabitation plus ou moins intime avec un tuberculeux.

A quelles difficultés d'interprétation se heurtera une telle enquête, c'est ce que laissent entrevoir les faits communiqués dans cette même séance du Congrès de Genève par un de nos cliniciens français les plus émérites, par M. Leudet (de Rouen). M. Leudet, qui puise à la fois dans les faits empruntés à la pratique de son père et dans ceux de son observation personnelle, possède des renseignements sur cinquante-six familles dans lesquelles un des conjoints étant mort tuberculeux, l'autre a pu être suivi pendant des années. Quinze fois, c'est le mari qui a succombé à la phthisie pulmonaire, et dans ces quinze ménages cinq fois le développement de la tuberculose a été observé à une époque ultérieure chez la femme survivante. Mais, sur ces cinq femmes, l'une n'est devenue malade que dix ans après son mari; et elle était affectée, au moment de son mariage, d'une déviation rachidienne dont la signification se devine; de deux autres, l'une avait vu une sœur et l'autre une tante mourir de la phthisie. Dans les *quarante et un* ménages où la femme succomba en premier lien, *trois fois* seulement la phthisie se développa dans la suite chez le mari.

Voilà certes des données peu concluantes! M. Leudet doit bien le reconnaître. Il ne lui a pas échappé d'ailleurs que le fait de vivre dans les mêmes conditions hygiéniques, comme il arrive pour les membres d'une même famille, est une nouvelle source d'obscurité. On est exposé par là à incriminer la contagion an sujet de gens qui sont morts successivement de la phthisie, parce qu'ils subissaient l'influence commune des causes qu'on soupçonne capables d'engendrer cette maladie.

M. Leudet, comme M. Vallin, comme d'autres membres du Congrès qui ont pris la parole sur cette question, repousse l'isolement des phthisiques, qu'il croit irréalisable et que M. Lubeiski, de Varsovie, considère comme une innovation dangereuse, eu égard à l'agglomération des germes, si germes il

---

une longue table. Les murs sont garnis de bocaux médicamenteux, comme dans une pharmacie. D'un côté de la table se tiennent les *assistans* (aides); de l'autre, le médecin, et les malades à mesure de leur arrivée. La consultation se fait debout. Il y a des bancs contre les parois où s'asseyent les malades qu'on fait attendre pour un examen ultérieur ou pour une petite opération à pratiquer. Sur la table, se trouvent sous la main du médecin une boîte de pharmacie munie de tous les médicaments courants et les instruments d'exploration. Il y a de l'eau en abondance. Tout est fort simple, sans aucune élégance, mais d'une grande propreté. Aucune mauvaise odeur ne règne dans cet établissement, qu'habitent cependant et que hantent les êtres les plus sales de la création.

Les *assistans* sont de jeunes Chinois auxquels le docteur Johnston fait suivre des études essentiellement cliniques. L'assistant en chef, nommé *Chung-Foo*, rétribué, est un jeune homme demeurant à l'hôpital (*House-Surgeon*), qui dirige les autres assistants, représentant, les uns et les autres, l'interne et les externes de nos services. Il fait la consultation quand le médecin est empêché. Il parle l'anglais, assez mal, mais suffisamment pour qu'il soit possible de s'entretenir avec lui. A part un peu de timidité chirurgicale, il paraît fort au courant de son service. L'un des assistants tient un registre où sont mentionnés, en chinois, tous les cas qui se présentent, avec le diagnostic porté. Les autres préparent et distribuent immédiatement aux malades les médicaments prescrits, toujours très simples. On remet en même temps à ceux-ci une petite tablette en bois où sont inscrits des caractères chinois, qu'ils doivent rapporter, et qui sert de repère.

Le docteur Johnston n'a pas d'appointements, mais il est logé convenablement dans l'enceinte de l'établissement.

J'ai vu passer là tout ce qu'on peut imaginer de haillons et de misères. Les principaux médicaments qu'on a sous la main sont: la rhubarbe, la gentiane, le colombo, l'arsenic, l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, le nitre, des cathartiques, l'atropine, le nitrate d'argent, etc. On fait extemporanément les petites opérations, ouvertures d'abcès, incisions de fistules, extraction des dents, cautérisation de la cornée, etc. Il y a à côté une chambre pour les applications de spéculum, une chambre noire pour l'ophthalmoscopie. On réduit les luxations; on propose pour les cas graves un lit à l'hôpital, ce qui n'est pas toujours accepté.

Les Chinois ont remarqué que les médecins européens ne gué-

y a. M. Leudet, il est vrai, déconseille le mariage entre phthisiques, cela principalement en raison des dangers de la transmission de la tuberculose aux enfants issus de telles unions. Mais n'est-ce pas là une doctrine ancienne, qui n'a pas attendu, pour prendre racine dans l'esprit des cliniciens clairvoyants, la découverte du bacillus de M. Koch, ni même les expériences de M. Villemin? Cette influence de l'hérédité et celle des conditions de milieu, de fatigue, d'alimentation, dominent l'étiologie de la tuberculose. Des milliers de faits nous ont appris que tels sujets sont voués à la phthisie par droit de naissance, comme tels autres tombent sous ses coups inexorables, victimes de la *misère physiologique*. Par contre, l'expérience journalière nous apprend que nombre d'individus vivent impunément au contact des émanations des tuberculeux, dans les hôpitaux et ailleurs, à condition de rester soustraits aux influences qui passent pour créer la phthisie de toutes pièces. Voilà ce qui n'est pas à nier, voilà ce qui cadre mal avec la théorie du contage organisé. Les partisans de cette théorie l'ont bien compris, et ils n'ont fait que tourner la difficulté lorsqu'ils ont invoqué la nécessité pour le contage tuberculeux de trouver un milieu adapté à sa vitalité et propre à son développement. Soit, mais sur le terrain de la pratique, il faut s'en tenir aux faits tels qu'ils s'offrent à notre observation et ne pas se laisser entraîner par les hypothèses séduisantes. Qu'il y ait ou non contage et quelle qu'en soit la nature, les faits sont là qui attestent que l'influence de la contagion, si tant est qu'elle s'exerce, est minime et celle de l'hérédité et de cet ensemble de conditions débilitantes qui se résument dans la misère physiologique prépondérante. En tout état de cause, c'est donc aux ressources de l'hygiène générale, aux moyens capables de relever la race et l'individu que les médecins continueront de s'adresser pour diminuer l'extension de la phthisie, pour en prévenir le développement chez les sujets prédisposés, et pour l'enrayer dans sa marche, lorsque déjà elle existe. Tout cela a été reconnu au Congrès de Genève, et M. Landowski a dit à ce sujet d'excellentes choses.

Ce qui n'empêchera pas le médecin soucieux de faire son devoir jusqu'au bout, de prescrire les mesures propres à sauvegarder d'une contagion possible les personnes qui vivent dans l'entourage immédiat d'un phthisique, et ce but peut être atteint sans recourir à une mesure aussi radicale et aussi pénible que l'isolement rigoureux, tel qu'il est pratiqué pour les maladies infectieuses. En admettant qu'on veuille sortir les tuberculeux de leur milieu habituel, il y a quelque chose de mieux à faire que de les traiter en parias, c'est de les guérir quand il en est encore temps. La chose est réalisable, et les moyens en ont été indiqués, lors du Congrès de Paris de 1878, par notre collaborateur M. Grancher, et par M. Ulysse Trélat, dans des conférences qui ont eu beaucoup de retentissement, pas assez pourtant pour que les membres du Congrès de Genève en ait conservé le souvenir. Il s'agissait d'une organisation pratique destinée à mettre les tuberculeux de toute classe et de toute condition à même de bénéficier du climat bienfaisant du Midi; cela vaudrait assurément mieux que l'isolement et n'exigerait pas de plus grands sacrifices.

E. Ricklin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçon de M. le professeur Dubrueil, à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier.

Messieurs,

J'ai à vous entretenir d'un malade qui revient pour la seconde fois dans nos salles. Déjà l'année dernière, à la fin d'avril, il venait réclamer nos soins pour une lésion analogue à celle qui l'a ramené auprès de nous.

C'est un homme de 45 ans, d'une bonne constitution, employé comme ouvrier frappeur aux forges de Bessèges. Il n'accuse aucune maladie antérieure pouvant avoir quelque relation avec son état actuel et nie tout antécédent syphilitique. L'examen le plus minutieux n'a fait découvrir aucune trace de syphilis.

Quand il est arrivé pour la première fois, nous avons constaté qu'au niveau du rebord alvéolaire supérieur et sur la ligne médiane, un peu plus développée cependant du côté gauche, existait une tumeur arrondie, sans pédicule, ayant le volume d'un œuf de pigeon. Les dents étaient, à ce niveau, fortement ébranlées, et quelques-unes étaient déjà tombées. Cette tumeur paraissait résistante; la muqueuse qui la recouvrait présentait des vaisseaux assez développés et des ulcérations qui étaient le siége de fréquentes hémorragies qui avaient anémié le malade. Pas d'engorgement ganglionnaire.

---

rissent pas les fièvres continues beaucoup plus vite que les leurs. Aussi trouve-t-on peu de maladies internes à observer, mais la chirurgie européenne est très appréciée dans le peuple.

Les médecins chinois font une médecine telle quelle. Ils emploient, par exemple, l'arsenic dans la fièvre intermittente, le calomel dans la syphilis, toujours à des doses élevées, avec leurs pirescon-séquences, mais ils ne font pas de chirurgie, ou en font très peu. Il ne faut pas leur parler d'opérations. Ils ouvrent bien quelques abcès superficiels; pour les abcès profonds, ils ne vont guère au-delà de l'acupuncture. Aussi ai-je vu des collections de pus d'une étendue dont je n'avais point d'idée, et les fistules sont-elles très communes. Le traitement des fractures appartient surtout à des rebouteurs, qui ne manquent pas toujours de quelque habileté. Mais le triomphe de la chirurgie européenne est le traitement des maladies des yeux. Depuis le traitement substitutif des conjonctivites et la cautérisation des taches et des ulcères de la cornée jusqu'à l'iridectomie, tout est nouveau pour les Chinois, et, dans un pays où règnent la syphilis, la scrofule et la variole, on comprend combien la population doit souffrir du défaut; je puis dire absolu, du traitement des maladies oculaires; il ne faut donc pas s'étonner si la Chine est peuplée d'aveugles (1).

FIN

(1) On trouvera dans mon rapport officiel, déjà cité (*Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique*, t. VI, 1877), des tableaux statistiques nombreux et portant sur des chiffres considérables, des maladies, soit des étrangers, soit des indigènes, traitées dans les hôpitaux et les dispensaires des ports ouverts, ainsi que des renseignements détaillés sur toutes les institutions sanitaires que les missions protestantes ont fondées dans ces diverses localités.

La présence de cette tumeur apportait une gêne notable dans la parole ; elle n'était le siége d'aucune douleur. Le patient s'était aperçu de son développement sept mois avant l'époque à laquelle il était venu nous consulter.

Je ne vous cacherai pas que je commis une erreur de diagnostic. Les ulcérations, les hémorragies dont la tumeur était le siége me firent penser à une lésion de mauvaise nature, à un épithélioma. Cependant, comme on pouvait l'enlever en totalité, je proposai au malade de le débarrasser, et je le fis venir à la salle d'opérations. Je commençai par extraire avec le davier les dents qui pouvaient me gêner ; il s'ensuivit un écoulement sanguin, et le malade tomba en syncope. Je dus renoncer à l'opération pour ce jour-là, et je soumis cet homme pendant quelque temps à l'administration du fer et du quinquina.

Le 9 mai, il me parut suffisamment tonifié et assez bien disposé pour supporter le traumatisme opératoire. Il fut assis sur une chaise à dossier élevé, pendant qu'un aide placé derrière lui maintenait solidement sa tête. Pour découvrir la tumeur, je fis une incision qui contournait le pli naso-génien du côté gauche, le bord inférieur de l'aile du nez et tombait perpendiculairement sur la lèvre, qu'elle divisait jusqu'au niveau de son bord libre inclusivement. La tumeur découverte, je me mis en devoir de l'attaquer avec la gouge et le maillet, et je dois dire que je fus très surpris de rencontrer une résistance considérable. Je m'aperçus que j'avais affaire à une tumeur osseuse, dont l'ablation donna lieu à une petite hémorragie à laquelle je mis fin par l'application du thermo-cautère. La perte de substance osseuse fut bourrée avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée, et je recommandai au malade de se laver fréquemment la bouche avec de l'eau additionnée d'un peu d'eau de Botot. La plaie fut réunie à l'aide de la suture entortillée ; un point de suture entrecoupé, fait avec un fil de soie, fut pratiqué au niveau du bord libre de la lèvre.

Au bout de trois jours, les points de suture furent enlevés ; la réunion était obtenue. Il existait une brèche assez considérable au niveau de la partie antérieure de la voûte palatine, brèche qui faisait communiquer les fosses nasales et la bouche. Aussi la voix était-elle nasonnée et existait-il un certain trouble dans l'articulation des mots, trouble produit par l'absence de la partie antérieure de l'arcade alvéolaire supérieure et des dents qu'elle supporte. Le malade pouvait mâcher tant bien que mal les aliments avec les dents qui lui restaient.

La tumeur pesait 41 grammes ; elle était renflée aux deux extrémités et un peu étranglée au milieu. En la divisant à l'aide d'une scie, nous pûmes constater qu'elle était constituée de la façon suivante, en allant de la périphérie vers le centre : d'abord la muqueuse recouvrant seulement la partie antérieure ; au-dessous une couche de cartilage, et plus profondément du tissu osseux constituant la majeure partie de la masse. Cette substance osseuse, éburnée dans les couches superficielles, était constituée plus profondément par du tissu spongieux. Tout à fait à la partie centrale existait une petite cavité remplie par un tissu identique à la moelle des os. Les différentes portions de la tumeur ont été, vous le savez, soigneusement analysées au microscope ; il n'y avait pas de doute possible, nous avions eu affaire à un ostéome, et à cette variété particulière désignée par Virchow sous le nom d'ostéome médullaire ou myéloïde et caractérisée par la présence d'une cavité centrale remplie de tissu médullaire.

J'aurais désiré pouvoir munir le malade d'une pièce destinée à remplacer les portions d'arcade alvéolaire et de voûte palatine qui avaient été enlevées, mais le refus de l'administration et le défaut de ressources de l'opéré ne me l'ont pas permis.

Bref, il est parti de l'hôpital, nasonnant, avec la lèvre supérieure un peu déprimée, mais se déclarant très satisfait.

Vous l'avez vu ces jours-ci revenir dans nos salles un peu moins d'un an après qu'il les avait quittées et porteur d'une lésion du même genre. Cette fois, la tumeur qui, dit-il, a commencé à se développer il y a trois mois, siége sur la partie latérale droite de la voûte palatine, à la partie antérieure et près de la ligne médiane. Sa forme est ovoïde ; elle est un peu plus grosse qu'un œuf de moineau.

Instruit par ce qui m'était déjà arrivé, j'ai diagnostiqué un ostéome, et je l'ai enlevé à l'aide de la gouge et du maillet, après avoir détaché, au moyen d'une incision antéro-postérieure, la muqueuse, que je disséquai de façon à avoir une sorte d'obturateur naturel de la perte de substance.

Cette précaution a été efficace, et lorsque cet homme a quitté nos salles, la petite perte de substance était comblée par un tissu, sinon osseux, du moins assez résistant. La tumeur a été confiée à M. Carrieu, chef des travaux d'anatomie pathologique pour qu'il l'étudie. Elle pèse 6 grammes.

Voilà donc un homme qui, sans cause appréciable, a été atteint deux fois, à court intervalle, d'ostéomes siégeant sur la partie antérieure des maxillaires supérieurs. Est-il débarrassé à tout jamais ? C'est ce que l'avenir nous apprendra (1).

Les exostoses ou ostéomes du maxillaire supérieur ne sont pas chose commune, si l'on excepte ces petites exostoses situées sur la portion médiane de la voûte palatine et rattachées par Chassaignac à la diathèse syphilitique.

Quand on étudie cette question, on s'aperçoit immédiatement qu'il faut distinguer deux espèces d'ostéomes, distinction établie, du reste, par les auteurs classiques. Il y a en effet des ostéomes périphériques, développés à la surface de l'os, et des ostéomes centraux, prenant naissance dans le sinus maxillaire.

Ces derniers sont les plus fréquents ; mais comme ce n'est pas à des exostoses de ce genre que nous avons eu affaire, je ne veux m'occuper que des exostoses périphériques.

J'ai réuni un certain nombre d'observations de ces dernières, et je vais vous les indiquer.

La première en date se trouve dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Elle est insérée dans un travail de Bordenave sur les maladies du sinus maxillaire (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 252 et suiv., Paris, MDCCLXVIV) ; mais la description et les planches se rapportent beaucoup moins à une exostose centrale qu'à une exostose périphérique. Il s'agit d'une pièce présentée par Beaupréau à l'Académie en 1767. La tumeur, qui siégeait à droite, était extrêmement volumineuse ; elle avait six pouces de haut

(1) Le malade est encore revenu au mois de mars 1882. Il portait une nouvelle tumeur siégeant sur la partie droite de la voûte palatine et présentant les mêmes caractères que les précédentes. Elle s'arrêtait au niveau de la ligne médiane et s'étendait en arrière jusqu'à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs. En avant, elle avait envahi le bord alvéolaire.

Son volume était celui d'une noisette. Sur le sommet de la tumeur existait un bourgeon charnu dans le point où j'avais pratiqué la dernière opération. M. Serres, qui a traité ce malade, a attaqué l'ostéome avec la gouge et le maillet, la pince de Liston et la pince-gouge de Nélaton.

Il a dû pénétrer jusque dans le sinus maxillaire et les fosses nasales. Le malade s'est en allé avant l'entière cicatrisation.

en bas et un pied de circonférence. La partie supérieure faisait saillie du côté de l'orbite. Elle oblitérait la cavité droite des narines. La partie inférieure était inclinée à gauche, et l'apophyse ptérygoïde de ce côté était allongée. La tumeur était lisse et polie extérieurement, fort dure à la partie supérieure. En bas, l'enveloppe était plus mince et faisait défaut sur quelques points, où l'on apercevait la partie centrale formée de tissu spongieux serré.

Cette tête avait été trouvée par des fossoyeurs qui l'avaient remise à Baupréau.

Un mémoire de Roux, publié dans le *Journal de Malgaigne* (1847, p. 150), renferme une observation ainsi intitulée: *Double exostose éburnée et à collet des os maxillaires supérieurs, placée sur les côtés du nez immédiatement au-dessus des arcades alvéolaires. Ablation incomplète de chacune des deux tumeurs.*

Le patient était un homme de trente-six à quarante ans. Les tumeurs dont l'origine remontait à plusieurs années et dont la cause restait absolument inconnue semblaient, depuis assez longtemps, ne plus augmenter. Elles étaient situées exactement de la même manière sur les côtés du nez et avaient toutes deux environ le volume d'une noix.

Roux découvrit les deux tumeurs à l'aide d'une incision cruciale et les trouva formées d'un tissu complètement éburné. Outillé d'une façon insuffisante, il se borna à détruire seulement à peu près la moitié de chaque tumeur.

Plus tard, suivant le récit de Roux, le malade fut soumis, par un autre chirurgien, à une opération plus complète.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE

École de gymnastique de Joinville

INFLUENCE DES EXERCICES SUR LES FORCES MUSCULAIRES SUR LE VOLUME ET LE POIDS DU CORPS ET LA CAPACITÉ PULMONAIRE, par le docteur V. Burq (1).

Résumé

Dans le courant du deuxième semestre de l'année 1874, nous avons fait le premier (2), à l'École de gymnastique normale militaire de Joinville-le-Pont, sous les auspices du ministre de l'instruction publique et avec l'assentiment successif de deux directeurs de l'école, MM. les commandants Grellet et Canonnier, qui voulurent bien, l'un et l'autre, nous faciliter notre entreprise avec le plus bienveillant empressement, nous avons fait des expériences et constatations à l'effet de bien préciser sur un certain nombre d'élèves tous les changements apportés par les exercices divers qu'on y pratique: *a.* dans la somme et l'équilibration des forces musculaires; *b.* dans le poids; *c.* dans le volume; *d.* et dans la capacité des organes respiratoires.

Furent employés dans ce but: notre dynamomètre à levier perfectionné, vérifié et bien mis au point à chaque nouvelle séance d'expérimentation, le spiromètre de Boudin d'abord, puis, après en avoir reconnu les imperfections, celui fondé, comme tout bon gazomètre, sur le déplacement d'eau, qui est notre pulmomètre actuel, la balance bascule et le ruban métrique.

Nombre des hommes mis en expérience: 80.

Age moyen de ces hommes: 22 ans et demi.

Professions. — La plupart étaient manouvriers (cultivateurs, meuniers, mécaniciens, maçons, charpentiers, etc.). Un certain nombre avaient fait précédemment de la gymnastique au régiment et étaient au service depuis une moyenne de deux années, soit dans l'infanterie, soit dans la marine, c'est-à-dire avaient été déjà soumis à des exercices où à des manœuvres tendant à donner force égale aux deux moitiés du corps.

Par trois fois, au commencement, au milieu et tout à la fin d'un cours de six mois, les forces de tous ces hommes furent cotées au dynamomètre par la pression de chaque main à part, par la traction des bras, en position horizontale au-devant de la poitrine, et par celle des reins et des bras tirant ensemble sur l'instrument, fixé par un des pieds à hauteur du genou; les poumons d'un certain nombre furent jaugés tandis que, à l'aide d'un pectorimètre, improvisé au moyen du ruban métrique, nous contrôlions la dilatation et le rétrécissement de la poitrine. Tous furent pesés et mesurés au biceps, au mollet de droite, et à la poitrine, au niveau des mamelons, au moment de l'inspiration et de l'expiration la plus extrême.

Résultats. *Dynamométrie.* — La progression au dynamomètre fut des plus remarquables. La moyenne des forces musculaires, déduite de la somme des cotes obtenues par la quadruple opération ci-dessus, était:

A. A l'arrivée. — Maximum, 374 kil.; minimum, 199 kil.; moyenne, 282 kil. 53. Dans cette moyenne, la force de pression des mains comptait: celle de droite pour 48 kil. 55 et celle de gauche pour 46 kil. 78. Écart entre les deux: 1 kil. 85, ou 3,8 0/0 de plus en faveur de la main droite, au lieu de 12 à 20 0/0 qui est la règle chez les droitiers des deux sexes *dans l'état de santé*. Cet écart se trouvait même nul, ou peu s'en faut, pour 4 boulangers et 3 marins, tandis qu'il était encore de 12 0/0 environ chez 10 hommes qui n'avaient, eux, rien fait professionnellement pour égaliser les forces de droite et de gauche, savoir: 2 horlogers, 2 épiciers, 1 typographe, 1 boucher, 1 employé de commerce, 2 étudiants et 1 homme sans état, et chez 3 qui étaient gauchers les 12 0/0 en plus étaient à l'avoir de la main gauche.

B. Au milieu du cours. — Maximum, 443 kil.; minimum, 246 kil.; moyenne, 317 kil. 60. Différence en plus: 35 kil. ou 8 0/0, dont 4 kil. 52 pour la main droite et 4 kil. 91 pour la gauche, moyenne de l'écart dans la force des deux côtés du corps, sans changement notable. Mais, d'une part, tous les hommes n'avaient point bénéficié: 6 étaient restés stationnaires et 5 avaient perdu depuis 8 kil. jusqu'à 48 kil., et, d'autre part, si l'écart entre la pression des deux mains était resté sensiblement le même pour le plus grand nombre, chez

(1) Ce travail, présenté récemment à l'Académie de médecine et auquel nous sommes heureux de donner l'hospitalité, justifie la revendication de priorité de notre ingénieux et infatigable confrère relativement à l'introduction de la dynamométrie musculaire en gymnastique comme en médecine et particulièrement aux expériences qui ont été faites à l'École de gymnastique militaire de Joinville-le-Pont. (Note de la rédaction.)

(2) C'est nous aussi, il est bon de le rappeler, qui, le *premier*, avons introduit la dynamométrie en médecine, il y a trente ans passés. Notre premier dynamomètre médical, *dit de poche ou à main*, date en effet de 1850. Il fut construit par la maison Charrière, *sur nos indications*. Avant lui on ne connaissait, *en chirurgie*, que le grand dynamomètre de Dujardin. Le dynamomètre de Duchenne de Boulogne ne vint que bien après le nôtre.

ceux où il était encore de 12 0/0 à l'arrivée, chez les gauchers surtout, il avait baissé vers la moyenne ci-dessus de 3,8 0/0.

C. FIN DU COURS. — Minimum, 274 kil.; maximum, 422 kil.; moyenne, 383 kil. 50; différence en plus sur la deuxième période : 34 kil. 60, dont 2 kil. 69 pour la pression de la main droite et 1 kil. 19 pour celle de la main gauche. Mais, dans cette période, 47 hommes, parmi lesquels tous les retardataires, sauf un, de la première moitié du cours, avaient seuls bénéficié, tandis que 23 étaient restés stationnaires et les dix autres avaient perdu depuis 14 kil. jusqu'à 62 kil. Ceux qui avaient donné au delà de 400 kil. étaient tous descendus au-dessous de ce chiffre, lequel n'était plus dépassé qu'une fois (à 422 kil.) par un homme qui auparavant avait été coté à 382 kil.

Moyenne du bénéfice final sur l'arrivée : 49 kil. 27, dont, pour la main droite, 5 kil. 81 et pour la gauche 5 kil. 99, ou, en somme, 18 0/0 environ.

PESAGE. — Poids moyen à l'arrivée : 63 kil. 51.

Pas un homme n'a perdu de son poids sensiblement dans les trois périodes du cours : 72 ont gagné depuis 1 k. jusqu'à 10 k. et 8 seulement sont restés à peu près stationnaires. La progression s'est encore faite de la même façon que pour les forces musculaires. De 2 k. 62, qu'elle était après la première partie du cours, l'augmentation ne s'est élevée tout à la fin qu'à 0, gr. 56 de plus en moyenne du poids des hommes, qui était à ce moment de 66 k. 79. Par conséquent, gain final moyen 3 k. 28, on 5 0/0 environ.

MESURAGE. — La circonférence des biceps et des mollets de droite, prise vers la partie la plus saillante, a donné une moyenne :

A l'arrivée de . .	26 c. 16			et 34 c. 81		(p. les mollets)
An milieu du cours	26	78	(+0c,62)	34	56	(—0c,25)
A la fin du cours .	26	67	(—0c,11)	34	19	(—0c,37)
Différence finale .			(+0c,51)			(—0c,62)

D'autre part, la mensuration de la poitrine, en inspiration et expiration forcées, a donné de grandes différences, comme nous allons le voir, mais à l'état de repos est restée sensiblement la même.

Ainsi le volume des hommes n'a point sensiblement varié, tandis qu'augmentaient leurs forces dans une proportion moyenne de 18 0/0 et leur poids dans celle de 5 0/0 environ. Il est donc permis d'en conclure que les muscles, sinon le squelette lui-même, ont bénéficié de tout ce que la graisse et le tissu cellulaire avaient perdu.

PECTORIMÉTRIE ET SPIROMÉTRIE. — La circonférence de la poitrine, prise tout au milieu, a donné les moyennes suivantes, en chiffres ronds.

	Inspiration			Expiration			Écart
A l'arrivée	93 c.	»		88 c.	»		5 c.
An milieu du cours	95	»	(+02 c.)	87	50	(—0c,50)	7,50
A la fin du cours	96	»	(+01 c.)	87	»	(—0c.50)	9 c.
Différence sur le début			(+03 c.)			(—1c. »)	4 c.

Dans la deuxième moitié du cours, 46 hommes seulement ont encore gagné quelque chose, mais l'augmentation n'a plus dépassé 2 à 3 cent., sauf cinq fois où elle a atteint 3c,5 et 4 c., 26 hommes sont restés stationnaires et 8 ont baissé depuis 1 cent. jusqu'à 3.

Finalement l'écart entre l'inspiration et l'expiration extrême s'est trouvé porté à 9 centimètres. Différence en plus sur le début, 4 c.

A quelle plus-value, en centimètres cubes, pouvait donc correspondre cet écart de 4 c. dans la capacité pulmonaire ? Nous avons eu recours pour le savoir au spiromètre de Bondin et, après avoir reconnu maintes fois l'insuffisance de cet instrument, que nous n'avions employé que faute de mieux, nous avons dû en improviser un autre duquel est né le pulmomètre que nous avons présenté l'année dernière à l'Académie. Toutes réserves faites donc sur nos premières constatations spirométriques, voici ce qu'ont donné 22 hommes fin du cours.

Ecart moyen au début, 5c.8,	capacité correspondante		3 lit. 784cc.
— à la fin du cours, 10c.45,	—		4 lit. 249cc.
Différence en plus.			0 lit. 455cc.

La moyenne physiologique d'air inspiré par un adulte étant évaluée à un demi-litre par respiration, on ne saurait donc porter à moins de 100 cent. cubes d'air cette moyenne, fin du cours : soit un sixième en plus.

Conclusions :

Les exercices, tels que ceux qui sont mis en pratique à l'Ecole modèle de gymnastique de Joinville, ont pour effets certains :

A. D'augmenter les forces musculaires et, partant, la valeur réelle des hommes, dans une proportion qui peut parfois s'élever jusqu'à 25 et 30 0/0, mais qui, en moyenne, n'est point moindre de 17 0/0, en même temps que de tendre à les équilibrer dans les deux moitiés du corps, lorsque la profession ou des exercices antérieurs n'ont point déjà agi dans le même sens.

Cette augmentation se fait tantôt promptement, tantôt tardivement. Généralement, c'est au milieu du cours qu'elle atteint son apogée. Arrivée à ce point, en général elle tend à décroître et souvent même décroît très notablement. C'est ainsi, qu'au moment de leur départ, nombre d'élèves avaient déjà perdu depuis 8 kilog. jusqu'à 62 kilog. sur la première moitié du cours, et que d'autres qui occupaient auparavant la première place, comme force, étaient descendus à la deuxième, témoignant par là nettement, les uns et les autres, qu'il était grand temps pour la bonne harmonie des forces, sinon pour la santé elle-même, que le cours prît fin, ou que, pour le continuer fructueusement, il serait d'abord nécessaire de faire reposer les hommes, puis de prévenir chez eux de nouveaux déchets par une alimentation plus réparatrice et plus tonifiante que celle à laquelle ils sont soumis. Il n'est point inutile, en effet, de faire remarquer que les élèves de l'Ecole de gymnastique, malgré un travail effectif qui n'est pas moindre de huit heures en été et de six heures en hiver, continuent à être soumis à l'ordinaire de leurs régiments respectifs, lequel consiste seulement en 300 grammes de viande, 1,000 grammes de pain et en légumes, sauf le dimanche, où ils reçoivent une petite ration de vin.

B. D'agrandir la capacité pulmonaire au point d'augmenter d'au moins un sixième la quantité d'air dans une inspiration moyenne, c'est-à-dire de la porter de 500 à 600 cc. environ.

C. De faire accroître les hommes en poids, sans en augmenter sensiblement le volume. Cet accroissement paraît se faire tout au profit du système musculaire. Il peut s'élever de 3 kil. 28 gr., qu'il est en moyenne, à 6, 8 et 10 kil., c'est-à-dire jusqu'à 10, 12 et 15 0/0 environ du poids total, celui des 80 élèves pesés ayant été de 63 kil. 51 gr., en moyenne. Il pa-

rait aussi se produire surtout dans la première partie des exercices.

D. Et consécutivement, cela ne saurait faire doute, d'imprimer une activité en proportion à la calorification, à l'hématose, à la circulation et à la sensibilité cutanée dans la diminution de laquelle réside si souvent le point de départ de tant de névroses, aussi bien que dans l'affaiblissement des forces musculaires, la métallothérapie l'a démontré de façon que cela ne puisse plus faire doute pour personne.

Il résulte également de nos expériences de l'année 1874 :

Que tout gymnase bien ordonné ne saurait se passer :

1o D'nn dynamomètre type à levier propre à donner partout et dans toutes les mains des cotes de même valeur.

2o D'un spiromètre ou pulmomètre et d'un pectorimètre ponr en controler les résultats.

3o D'une bonne balance-bascule.

4o D'une mesure linéaire, en forme de ruban flexible.

Le premier de ces instruments n'est pas seulement appelé à rendre en gymnastique des services spéciaux qui en ont fait adopter l'usage par la plupart des grands gymnases, mais il peut encore fournir de salutaires avertissements lorsque le moment est venn soit de suspendre, soit de modérer les exercices.

Dr V. Burcq.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

De l'omphalite des nouveau-nés et de ses complications, par Mme Anna Lukens.

L'auteur, qui est chargée d'un service de nourrices et de maladies des enfants, insiste d'abord sur la rareté de l'affection qui fait l'objet de son travail. Elle peut débuter dès la vie intra-utérine par suite des tractions de l'enfant sur un cordon trop court, ou encore dans les cas d'enroulement du cordon autour du corps du fœtus.

Hennig a décrit quatre variétés d'omphalite.

Dans la forme légère, le nombril est proéminent ; la peau avoisinante est rouge, l'abdomen est distendu, et quand les parois du ventre sont minces, on sent la veine ombilicale comme une corde s'étendant du foie à l'ombilic.

Dans la seconde forme, ou forme grave, le nombril est infiltré et entouré d'un cercle rouge bleuâtre. L'érysipèle est fréquent et s'étend à l'abdomen et aux membres inférieurs. Le ballonnement du ventre est plus considérable, même quand il n'y a pas de péritonite. L'urine est parfois sanglante ou ictérique ; les selles sont verdâtres ou sanguinolentes. Les mouvements de l'ombilic enflammé sont très douloureux et peuvent déterminer des convulsions ou du trismus. La guérison, quoique rare, peut cependant s'effectuer en deux ou trois semaines.

La troisième variété est la variété *croupale* ou *diphthéritique*. L'inflammation gagne généralement le péritoine et l'intestin sous-jacent.

La quatrième variété consiste dans une inflammation des tissus qui entourent les vaisseaux ombilicaux dans l'intérieur de la cavité de l'abdomen. Elle est souvent contemporaine des affections puerpérales. Ordinairement limitée au voisinage de l'ombilic, elle peut s'étendre le long de la veine ombilicale jusqu'à la capsule de Glisson. Ultérieurement les vaisseaux ombilicaux participent au processus, et il peut en résulter de la gangrène.

L'omphalite peut être primitive ou secondaire. On l'attribue tantôt à un cicatrisation vicieuse du cordon, tantôt à des pansements mal faits, à la malpropreté, à la viciation de l'air, enfin à l'infection puerpérale. Les complications les plus fréquentes sont la péritonite et la thrombose des vaisseaux ombilicaux, avec phlébite et arthérite consécutives. L'hémorrhagie ombilicale, l'ictère et la pyémie sont également observés. Le principal danger de la thrombose des vaisseaux ombilicaux, c'est le ramollissement et la rupture des caillots, avec formation d'embolies. Au point de vue anatomo-pathologique, la phlébite ombilicale est caractérisée par la présence d'nn cordon dur occupant le trajet de la veine, dont les parois sont épaissies, souvent dilatées. Son contenu peut consister simplement en caillots plus ou moins désagrégés, ou bien en un dépôt de pus plus ou moins louable. Parfois la colonne de pus est divisée par des masses caséeuses. Quelquefois aussi on trouve la veine tapissée par une pseudo-membrane. Les tuniques interne et moyenne finissent par se résoudre en une masse de leucocytes. Le foie est rarement atteint : Beduar a trouvé une fois la veine hépatique enflammée, avec du pus dans presque toutes ses branches. On n'a pas encore démontré clairement l'embolie des branches hépatiques de la veine-porte.

Les symptômes de la phlébite sont une teinte cyanique ou ictérique de la région. Les bulles de pemphigus et les abcès hémorrhagiques s'observent fréquemment. La gangrène peut se déclarer, spécialement au niveau de l'ombilic et du sacrum. On a observé aussi la méningite et la thrombose du trou de Botal. (*New-York Med. and Obstet. Review.*)

Rétention d'un fœtus pendant six années. — Extraction de fragments osseux par l'anus (Société médicale de Cambridge), par le docteur Hough.

Après quelques considérations générales sur la grossesse extra-utérine, l'auteur rapporte l'observation d'une de ses malades, âgée actuellement de vingt-neuf ans et qui avait été mariée pendant douze ans. En septembre 1874, elle devint enceinte pour la première fois, et ses règles furent supprimées. En janvier et février 1875, elle eut des vomissements plus ou moins répétés. Au mois de mai, elle perdit quelques caillots : c'est alors qu'elle eut recours à M. Hough. Il paraissait alors y avoir un commencement de travail. La malade fut tenue au repos, et l'on envoya chercher une garde. Au bout de quelques heures, les douleurs avaient cessé : on percevait très distinctement les mouvements de l'enfant, dont on entendait nettement les battements cardiaques. Au mois d'octobre suivant, un chirurgien de Londres diagnostiqua une tumeur de l'ovaire et prescrivit de l'ergot de seigle. Les règles réapparurent alors, et elles ont continué régulièrement depuis.

Pendant plusieurs années, M. Hough perdit la malade de vue. Au commencement de l'année, elle s'adressa à M. Humphry, qui immédiatement en référa à M. Hough. La patiente fut éthérisée, et le toucher anal fit découvrir une vaste cavité dans laquelle on sentait les os de la tête fœtale. Ceux-ci furent extraits un à un avec le doigt. La guérison s'effectua dans les meilleures conditions du monde, et aujourd'hui la santé de cette femme est des plus florissantes.

Un fait analogue a été rapporté par le docteur Humphry dans la même séance de la Société médicale de Cambridge. Il s'agit cette fois d'une femme de 24 ans, qui était mariée depuis un an lorsque ses règles vinrent à cesser. Les seins et le ventre commencèrent à grossir, et pendant un certain temps elle eut des maux de cœur le matin. Lorsqu'elle fut parvenue à terme, il y eut un commencement de travail, dont la durée se prolongea au-delà des limites normales. En pratiquant le toucher, M. Ramsay, de Shelford, trouva le col fermé, petit et dur. Les douleurs revinrent pendant deux mois à des intervalles de huit jours. Elle entra alors dans le service de M. Humphry, se plaignant de vives douleurs dans le bas-ventre et d'un écoulement légèrement fétide par le vagin. Il existait une tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen et s'étendant de la symphyse pubienne à un demi-pouce au-dessus de l'ombilic. Le col était complètement fermé, à ce point qu'il n'était pas possible d'explorer la cavité utérine. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade rendit des ongles de fœtus par le vagin. Elle sortit au bout de cinq semaines. Deux mois plus tard, elle fut reprise de douleurs et eut un frisson. Pendant plusieurs jours, elle rendit par l'anus une grande quantité de débris osseux. Depuis, elle est revenue à la santé, et ses règles ont réapparu. Il existe encore une tumeur pelvienne, renfermant probablement des os.

La conclusion à tirer de ces deux intéressantes observations et d'autres faits analogues, c'est que la terminaison est généralement favorable lorsqu'on abandonne les choses à elles-mêmes. C'est surtout au début que la grossesse extra-utérine offre des dangers; au contraire, à une période plus avancée, le pronostic est habituellement bon. (British Medical Journal, 29 juillet 1882.)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

ONZIÈME SESSION

CONGRÈS DE LA ROCHELLE

Section des sciences médicales.

Suite.— Voir les numéros 35, 36 et 37.

Quatrième séance. — 26 août (soir).

Suites éloignées de la section du nerf cubital.— Le mémoire dont M. le professeur Verneuil donne lecture est de M. Redard, son chef de clinique actuel.

On sait, dit-il, que la sensibilité cutanée abolie par la section d'un tronc nerveux peut se rétablir au bout d'un certain temps; le fait a été souvent constaté, notamment à la main après la section du nerf cubital. Deux théories ont été proposées, toutes deux parfaitement acceptables, pour expliquer ce phénomène; la première s'appuie sur la formation de tubes nerveux dans la cicatrice qui réunit les deux bouts du nerf sectionné; la seconde explique le retour de la sensibilité par les anastomoses périphériques des nerfs voisins, c'est-à-dire par un mécanisme analogue à celui des anastomoses vasculaires pour la circulation du sang.

Ces deux théories entraînent des conséquences pratiques absolument différentes; ainsi adopte-t-on la première? on devra faire la suture nerveuse afin de favoriser l'affrontement des deux bouts du nerf qui a été accidentellement coupé. Au contraire admet-on la seconde théorie? on confiera à la nature le soin de la régénération fonctionnelle du nerf sectionné.

Les observations publiées jusqu'à ce jour ne permettent pas de se prononcer, soit parce qu'elles sont dépourvues de la rigueur scientifique nécessaire en pareils cas, soit parce qu'elles présentent des résultats contradictoires en raison même de la région du corps qui a été lésée. Seule la région du petit doigt, par cela même que le nerf qui l'anime est sans anastomose, permet de trancher la question. Si donc, après la section du cubital, l'innervation se rétablit, ce ne peut être que par la cicatrice; la première théorie est la seule vraie, et la suture nerveuse se trouve tout naturellement indiquée; si, au contraire, l'insensibilité absolue persiste, c'est la seconde théorie qu'il faut admettre

Des observations rapportées par M. Redard, il semble désormais prouvé que lorsque le nerf cubital a été coupé au niveau de son quart inférieur, c'est-à-dire à partir du point où il ne reçoit plus aucune branche nerveuse anastomotique, la perte de l'insensibilité est irréparable, tandis que dans les cas où la section a eu lieu au-dessus du point qu'il indique, l'innervation est revenue.

M. Chauveau: La régénération anatomique des nerfs après leur section est un fait acquis, mais la régénération fonctionnelle, dans certaines conditions, ne s'obtient pas toujours, surtout si l'on expérimente sur des sujets âgés. J'ajouterai, dit-il, que si l'on coupe un nerf de façon à interrompre toute communication périphérique avec les filets nerveux voisins, la sensibilité perdue peut ne pas revenir; mais il est des cas aussi où la sensibilité n'est pas récupérée, par cette raison qu'elle n'a pas été abolie. C'est ce que démontrent les expériences de MM. Arloing et Tripier.

M. Armagnac (de Bordeaux) rappelle les faits rapportés par M Poncet (de Cluny) sur la régénération fonctionnelle du nerf optique après ablation d'une portion de ce nerf longue d'un centimètre.

M. Azam (de Bordeaux) ayant fait la résection du nerf sciatique chez un malade atteint d'une névralgie extrêmement douloureuse, a vu la circulation nerveuse, disparue depuis un certain temps, revenir instantanément.

M. Verneuil: Lorsqu'une tumeur a lentement détruit un nerf, la régénération fonctionnelle — la seule dont il ait voulu parler jusqu'ici — se fait peu à peu, de telle sorte que, au moment où l'on en pratique la section, si la sensibilité est conservée, cela tient à ce que celle ci se manifestait depuis longtemps déjà par des anastomoses. M. Verneuil cite le fait d'une jeune fille chez laquelle la résection de quatre centimètres du nerf médian, réduit à un fil par une tumeur, n'entraîna pas un seul instant la perte de la sensibilité.

M. Verneuil demande, en terminant, que la question soit traitée de nouveau dans la session de l'année prochaine.

M. Paulet: Il est un moyen simple et sûr de résoudre la question, c'est de s'adresser aux nerfs moteurs et non aux branches sensitives dans les expériences que l'on voudra instituer.

M. Chauveau insiste sur ce fait que la régénération nerveuse ne se fait très bien que chez les jeunes animaux; il en est de même chez l'homme où, passé un certain âge, il ne la croit pas possible.

De la gangrène palustre.— Après avoir fait l'historique de la question, M. Verneuil dit que la gangrène paludique peut se présenter sous trois formes différentes: la première dans laquelle elle complique certaines inflammations; la seconde, ou forme traumatique, dans laquelle elle survient à la suite d'un traumatisme quelconque (une jeune fille, paludique, est, à la suite de viol, atteinte de gangrène des parties génitales et succombe); enfin la forme spontanée qui, de toutes, est la plus fréquente.

Cette dernière atteint surtout la périphérie, le nez, les oreilles, le menton, les appendices digitaux, le pénis, le scrotum, etc.) Elle affecte des dispositions symétriques.

Le pronostic en est assez bénin; l'emploi du sulfate de quinine

arrête la marche de la gangrène et facilite l'élimination des plaques. Quant à l'étiologie, on a vu quelquefois la gangrène succéder à un violent accès fébrile; d'autres fois elle se déclare chez d'anciens paludiques; enfin au Caucase elle est commune. Lorsqu'on lit les divers travaux qui ont été publiés sur l'asphyxie symétrique des extrémités, on est frappé des relations étroites qui existent entre cette affection et la gangrène paludique. La congestion, de même que l'ischémie, sont des causes de gangrène.

M. Verneuil termine sa communication par les conclusions suivantes : 1° la gangrène paludique existe; 2° elle est généralement bénigne; 3° elle présente plusieurs formes et à l'évolution des autres gangrènes; 4° elle nécessite l'association de plusieurs causes; 5° elle n'est qu'un degré de plus de l'asphyxie symétrique.

La séance est levée à 11 heures 1/4.

Sixième séance. — 28 août (soir).

Présidence de M. Azam

L'ordre du jour appelle tout d'abord l'élection d'un président de la section de médecine pour l'année 1883.

Au premier tour de scrutin, aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour, lequel donne les résultats suivants :

M. le professeur Parrot........	22 voix.
M. le professeur Henrot........	3 —
M. le professeur Leudet.......	3 —
M. le professeur Verneuil.......	2 —

En conséquence, M le professeur Parrot est proclamé président pour le Congrès de Rouen.

M. le professeur Potain est acclamé comme délégué.

Anatomie pathologique chimique. — M. F. Franck donne lecture d'un mémoire de M. Quinquaud dans lequel celui-ci considère l'anatomie pathologique chimique comme devant faire faire des progrès considérables dans certaines branches de nos connaissances scientifiques. Dans sa communication, l'auteur demande que l'on change le mot de *Ptomaïne* comme devenu impropre aujourd'hui.

M. Boucheron. — Les alcaloïdes extraits d'abord du cadavre ont été dénommés alcaloïdes cadavériques, *Ptomamines*, d'où, par erreur typographique, *Ptomaïnes* (Selmi). Comme on sait maintenant qu'ils existent dans les organismes vivants (Gautier, Quinquaud, Bouchard), le mot de *Ptomaïnes* est devenu insuffisant. On pourrait adopter le nom d'alcaloïde animal, *Zoamine* (Boucheron). Cette appellation plus générale s'applique aux corps produits par l'organisme animal vivant ou mort.

De quelques affections de la portion cervicale de l'utérus, causes de stérilité, par M. le professeur Courty (de Montpellier). — L'auteur résume ainsi sa communication :

Ce n'est pas toujours l'étroitesse des orifices du col qui empêche la fécondation. La portion cervicale est sujette aux troubles de sensibilité, de motilité, de nutrition (hypertrophiques ou atrophiques), de sécrétion, etc., qui peuvent être autant d'empêchements soit à la pénétration, soit à la vitalité du sperme.

M. Courty passe en revue toutes ces affections, dont on tient souvent trop peu compte, et il cite les moyens à employer pour les combattre. Ces moyens sont efficaces plus souvent qu'on ne le croit, et ils dispensent du débridement, dont on a un peu abusé depuis quelque temps.

Sur la méthode des tractions dans les accouchements difficiles. — M. Pros (de La Rochelle), en présentant à ses confrères l'appareil obstétrical auquel il a recours « dans certains cas difficiles, » définit ainsi le but multiple qu'il s'est proposé :

1° Epargner, autant que possible, à la femme en travail, dans certains cas, des compressions aussi douloureuses que dangereuses, celles-ci ne portant que sur des point trop limités;

2° Se ménager toutes les chances favorables pour éviter la mutilation de l'enfant, dans quelques cas graves de dystocie;

3° Permettre toujours à l'accoucheur de terminer un accouchement par le forceps, cet accouchement ne nécessitant qu'un déploiement de force supérieure à la sienne propre ou une céphalotomie préalable;

4° Agir, dans les cas les plus graves comme dans les plus simples, toutes les fois que l'on fera usage de son appareil obstétrical complet, avec méthode et la plus grande précision, qu'il faille terminer lentement ou promptement un accouchement.

Cet appareil, dit M. Pros, m'a rendu, dans bien des cas, de véritables services; jamais je n'ai eu le regret d'en avoir fait usage, et, grâce à lui, j'ai pu obtenir vivants des enfants qui, pour plusieurs de mes confrères et pour moi, semblaient être voués à la crâniotomie.

Sur les déformations du thorax qui produisent la voussure chez les pleurétiques. — M. Pitres (de Bordeaux) résume en ces termes son intéressante communication :

La déformation du thorax dans les épanchements pleurétiques abondants est le résultat de plusieurs facteurs.

1° Les muscles intercostaux sont refoulés par l'épanchement et deviennent saillants;

2° Le côté malade de la poitrine est en position d'inspiration plus ou moins forcée, et le sternum est repoussé en avant.

Mais ces déformations ne sont pas, à proprement parler, celles qui constituent la voussure. Celle ci, ainsi que M. Peyrot l'a démontré sur le cadavre, est le résultat d'un entraînement latéral du thorax. La cavité pleurale distendue tend à prendre la forme cylindrique; le sternum est entraîné du côté malade; l'angle costo-vertébral s'élargit de ce côté, et, en même temps, par une compensation nécessaire, l'angle costo-vertébral du côté sain se rétrécit.

Cette déformation complexe a été désignée par M. Peyrot sous le nom de « *thorax oblique ovalaire* ». Son appréciation est assez facile à déterminer sur le vivant par le procédé dit du cordeau, c'est-à-dire par un fil tendu du milieu de la fourchette sternale au milieu de la symphyse pubienne. Ce fil, chez l'individu bien portant, passera juste sur la ligne médiane antérieure du corps et suivra exactement le milieu du sternum et la ligne blanche abdominale. Au contraire, chez le malade ayant un épanchement pleurétique assez abondant pour déterminer de la voussure, le fil passera a un, deux ou trois centimètres de la ligne médiane du sternum.

Analyse microscopique des eaux. — Le mémoire de M. Certes a pour but de faire connaître les résultats obtenus jusqu'à présent soit en France, soit à l'étranger, par l'emploi des réactifs qui ont été proposés tour a tour et particulièrement par l'emploi de l'acide osmique pour l'analyse micrographique des eaux qui servent ou doivent servir à l'approvisionnement d'une grande ville.

Sur les névropathies, par M. P. Burot, médecin-major à Boyarville (Ile d'Oléron). — A la suite d'une épidémie de suette miliaire qui a frappé en 1880 la population de l'Ile d'Oléron presque tout entière, les états nerveux ont augmenté dans une proportion considérable. Le docteur Burot a été frappé de cette coïncidence; il a fait une étude spéciale de ces accidents nerveux pour lesquels il a adopté la dénomination de névropathie, et il a présenté quelques considérations nouvelles sur cette affection. Il a remarqué que ce n'est pas seulement la suette qui peut produire ces états névropathiques, mais toutes les maladies aiguës graves ou légères.

Les observations peuvent être rangées en deux séries principales. Dans la première, les malades présentent de la vaso-dilatation avec palpitations nerveuses, battements aortiques et congestion des vaisseaux capillaires. Dans la seconde, ils présentent de la vaso-constriction; leur système vasculaire est crispé, et ce spasme produit le ralentissement de la circulation et l'anémie, des stéatoses viscérales et musculaires et des atrophies.

L'auteur fait remarquer que cette affection ne s'établit que d'une

façon assez lente après la maladie qui lui a donné naissance, ce qui fait perdre de vue le point de départ. Une coïncidence curieuse, c'est que des personnes restées névropathes pendant de longues années ont cessé de souffrir en même temps qu'une tumeur du sein ou de l'utérus se développait. De plus, la curation ne s'établit que par des décharges successives du côté de la peau, le plus souvent du côté du tube digestif ou de l'appareil urinaire.

S'appuyant sur tous ces faits, l'auteur pense trouver la cause de l'excitation du système nerveux central ou périphérique dans un trouble circulatoire vaso-moteur produit lui-même par des humeurs morbides engendrées à la suite des maladies aiguës et probablement analogues aux ptomaïnes ou zoamines de Boucheron; en se localisant sur le tissu conjonctif ou sur les cellules épithéliales, elles arriveraient à engendrer des affections organiques.

M. Burot a signalé, dans le traitement, quelques faits intéressants.

Il met en relief les dangers de l'eau froide au début quand les maladies sont excitées et l'utilité des bains tièdes dans certaines conditions; il signale les avantages de l'électricité à courant continu et surtout de l'électricité statique suivant la méthode de M. Charcot.

Il préconise les bromures associés au chloral combiné aux purgatifs et aux diurétiques.

Enfin le docteur Burot a essayé plusieurs fois les inhalations de nitrite d'amyle, comme le préconise M. Bonneville pour le traitement de l'hystérie et de l'hystéro-épilepsie. Il lui a semblé que ce médicament pouvait être nuisible dans le cas de vaso-dilatation avec congestion et rougeur de la face. Au contraire, quand le visage est pâle et qu'il paraît exister une vaso-constriction générale, on peut l'employer avec efficacité, car il rétablit la circulation cérébrale et fait cesser les crises.

ÉTUDES HYDRO-MINÉRALES ET GÉOLOGIE. — M. le professeur DE VILLANOVA est le délégué de la Société d'hygiène de Madrid; il offre au nom de celle-ci un certain nombre de ses publications et appelle l'attention des membres de la section sur les rapports entre les études géologiques et les études hydrologiques et médicales, sur les relations étroites qui existent entre les eaux minérales et la constitution géologique du sol qu'elles parcourent avant d'arriver à sa surface.

SUETTE MILIAIRE CHRONIQUE.—M. le docteur PINEAU (de Château-d'Oléron), termine la lecture d'un intéressant mémoire sur cette maladie par les conclusions suivantes :

I. Il existe de la suette aiguë (sporadique ou épidémique) une forme non encore décrite, que je propose d'appeler simplement : *suette miliaire chronique*.

II. Succédant le plus souvent à la suette aiguë et n'en étant alors, en quelque sorte, que la convalescence longuement prolongée, elle peut cependant survenir spontanément en chronique d'emblée, ou après une courte période subaiguë, dans une contrée prédisposée à la suette aiguë.

III. D'après mon observation, elle n'atteindrait que les adultes et, comme la suette aiguë, les femmes dans une proportion légèrement plus élevée.

IV. Ses grands symptômes rappellent ceux que Jaccoud assigne à l'irritation cérébro-spinale ou nervosisme. Ce sont : des sueurs habituelles et profuses, une éruption miliaire rare et discrète, une parésie musculaire considérable, une atonie stomacale persistante; puis des sensations subjectives de chaud et de froid, des douleurs névralgiformes ou rhumatoïdes, de l'angoisse épigastrique, des palpitations.

V. Cette affection, presque identique à elle-même dans tous les cas, aurait une durée variant de quelques mois à trois ou quatre années, avec tendance naturelle à la guérison.

VI. Le sulfate de quinine, dans quelques cas rares, mais, d'une façon générale, l'hydrothérapie à l'eau froide, et, *à priori*, les courants continus, sont les seuls agents à lui opposer bien efficacement.

ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE DE LA CLAVICULE, ABLATION. — Dans le mémoire présenté par MM. LE CLERC et SUCHARD, il s'agit d'une femme de 62 ans, d'une forte constitution, mais arthritique, qui portait, au mois de décembre dernier, vers l'extrémité sternale de la clavicule, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Dès son arrivée à la Pitié dans le service de M. Verneuil, cette tumeur, paraissant d'origine assez douteuse, la malade fut mise au traitement spécifique sans que celui-ci déterminât aucune amélioration. Loin de là, la tumeur continua à grossir et atteignit bientôt le volume d'un œuf de poule; en même temps il semblait que l'on entendît quelques battements réguliers dans ladite tumeur, mais sans aucun bruit de souffle

Enfin ses dimensions augmentant de jour en jour et sa nature ostéo-sarcomateuse ayant été diagnostiquée par M. Verneuil, l'éminent chirurgien de la Pitié procéda à son ablation le 27 juin dernier. La femme était emphysémateuse et la région à opérer avait fait naître certaines craintes. Néanmoins l'opération fut pratiquée sans donner lieu à aucun accident. Ce ne fut qu'au douzième jour que des phénomènes pulmonaires assez intenses se déclarèrent, suivis bientôt de troubles digestifs avec perte de forces et un peu d'adynamie.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma kystique de la clavicule, et d'après les troubles gastriques qui ont été observés, M. le professeur Verneuil a pensé que cet épithélioma était secondaire.

M. DUPLOUY a eu l'occasion de rencontrer, il y a quelque temps, un cas de sarcome osseux de l'extrémité inférieure du tibia, qui a nécessité l'amputation de la jambe à une certaine hauteur. Le résultat opératoire fut excellent; néanmoins le mal récidiva, au bout de six semaines, à la fois dans la tête du tibia, du côté opposé, ainsi que dans le radius, le cubitus et le pariétal également du côté opposé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARÈLE.

(A suivre.)

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

SÉANCES GÉNÉRALES

Séance du 5 septembre 1882. — Présidence de M. LOMBARD.

Après avoir exposé la succession de ses recherches sur les maladies infectieuses et montré comment, après la découverte du microbe du choléra des poules, il avait ensuite trouvé le microbe du charbon et en troisième lieu le microbe de la rage, M. PASTEUR annonce, avec des réserves, que, s'il en croit ses dernières recherches, le microbe de la fièvre typhoïde serait trouvé.

L'occasion de cette découverte lui a été fournie par l'épizootie extrêmement meurtrière qui a sévi à Paris dans le courant de l'année dernière et qui est connue sous le nom de *fièvre typhoïde des chevaux*, à cause de ses analogies avec la fièvre typhoïde de l'homme. En inoculant à des lapins la matière écumeuse qui s'échappe des naseaux au moment de la mort des chevaux, on a vu périr les lapins très promptement; leur sang renfermait alors un microbe nouveau en forme de 8, avec un étranglement allongé. L'inoculation de ce microbe développe chez les lapins une véritable fièvre typhoïde qui les tue en moins de vingt-quatre heures. A l'autopsie des animaux, on trouve des plaques de Peyer tuméfiées, framboisées, hémorrhagiques, principalement au voisinage de la valvule iléo-cæcale. L'atténuation de la virulence de ce microbe a été tentée par l'exposition des bouillons de culture à l'air, et

M. Pasteur croit être arrivé au résultat désiré, à l'obtention d'un virus dont l'inoculation ne développe plus la fièvre typhoïde, mais confère l'immunité contre cette maladie.

M. Pasteur se résume en déclarant qu'on ne peut mettre en doute la découverte d'une méthode générale d'atténuation, dont l'application doit seulement être modifiée selon les exigences des propriétés physiologiques des divers microbes. Les principes généraux sont trouvés, et on ne saurait se refuser à croire que l'avenir, dans cet ordre de recherches, est riche des plus grandes espérances.

Mais si éclatante que soit la vérité démontrée, elle n'a pas le privilège d'être facilement acceptée, et M. Pasteur rappelle en terminant les attaques qui ont été dirigées contre ses travaux et ses découvertes par différents savants de l'Allemagne. Il convie les contradicteurs présents dans l'assemblée à prendre la parole.

M. Koch (de Berlin), directement mis en cause par ces dernières paroles, déclare que sur la question de l'atténuation du virus il espérait entendre des révélations nouvelles et qu'il est déçu dans ses attentes. Il se propose d'ailleurs de répondre à M. Pasteur par la voie de la presse scientifique.

M. Pasteur réplique que si M. Koch n'a rien trouvé de nouveau dans sa communication, c'est qu'ignorant la langue française, comme il le déclare, il n'a pu suivre exactement les développements de M. Pasteur.

M. le Président remercie M. Pasteur de sa communication sur ses travaux anciens et sur ses recherches inédites. Il voit dans M. Pasteur un nouveau Jenner qui a droit à autant de popularité et de reconnaissance.

Il remercie également M. Koch d'avoir pris la parole pour combattre les opinions de M. Pasteur, car, il ne faut pas l'oublier, la vérité naît du choc des opinions.

M. Tormani (de Pavie) rend compte des expériences qui ont été faites en Italie avec la vaccination charbonneuse. Il en ressort ce fait que seuls les animaux dont la température interne s'est élevée à 40 degrés après l'inoculation préventive étaient à l'abri de la contagion ultérieure ; il y aurait donc lieu de revacciner les animaux dont la température ne s'élève pas à ce niveau après une première vaccination.

M. Balestreri (de Gênes), sans nier l'importance des découvertes de M. Pasteur, relatives à l'atténuation des virus, voudrait qu'on ne généralisât pas trop. M. Pasteur a déclaré lui-même que pour développer une maladie virulente il ne fallait pas qu'un germe, mais un terrain propice au développement de ce germe. On peut dès lors se demander si certaines maladies, la fièvre typhoïde, par exemple, ne sont pas plutôt le résultat d'un état spécial du terrain qui rend ce dernier propre au développement des germes préexistants, mais qui jusqu'alors n'avaient pas trouvé l'occasion de se développer.

M. Layet (de Bordeaux) fait observer que M. Koch a commis une erreur en niant tout rapport entre les expériences de M. Pasteur et l'hygiène. Ces travaux se rattachent à la prophylaxie des maladies, qui est par excellence du domaine de l'hygiène.

Séance générale du 6 septembre 1882. — Présidence de M. Eulenburg.

M le professeur Al. Corradi, de Pavie, communique, en les développant, les propositions suivantes *sur la contagion de la phthisie pulmonaire au point de vue de l'histoire et de l'hygiène publique.*

La croyance à la contagion de la phthisie ou consomption pulmonaire remonte à la plus haute antiquité. Elle s'est maintenue à travers les siècles non seulement comme une opinion vulgaire, mais aussi comme une doctrine scientifique.

Dans la seconde moitié du siècle dernier, cette croyance arrive à son apogée, probablement parce que la maladie se montra avec une fréquence qu'elle n'avait pas encore atteinte dans le passé. L'État, en plusieurs lieux, fut obligé d'intervenir et de prendre des mesures dans l'intérêt de la santé publique, et dans le but d'empêcher la diffusion du *contage phthisique.*

Au contraire, dans la première moitié de notre siècle, la doctrine de la contagiosité perdit du terrain, les recherches anatomo-pathologiques ayant pris le devant sur les questions étiologiques.

Ce n'est que dans ces dernières années que la pathologie expérimentale a repris la question et a tâché de donner à la doctrine de la contagion l'appui des résultats de l'inoculation des *produits tuberculeux.* On est allé plus loin encore, et on a cru pouvoir démontrer que le principe virulent de la maladie est représenté par un microphyte, par un *bacillus.*

L'observation clinique doit trancher la question que vient de poser si nettement l'expérimentation. C'est à la pathologie de résoudre bien d'autres questions que soulève la doctrine de la nature parasitaire de la tuberculose, et de mettre d'accord cette doctrine avec le fait de la prédisposition et de l'hérédité.

Mais si la contagion ou la transmission est possible, elle ne se fera que dans des conditions qui restent encore à déterminer.

En attendant, l'hygiène doit se régler vis-à-vis de la phthisie comme elle ferait pour une maladie *suspecte*, c'est-à-dire capable de se communiquer ou de se transmettre sous certaines conditions.

On doit surtout avoir égard aux rapports qu'établit la cohabitation ; en les rendant moins intimes et prolongés, on atténuera les effets des foyers d'infections, quand même on ne les pourrait détruire, et en même temps on éloignera ces exhalaisons, qui, en dehors de toute action spécifique, en affaiblissant l'organisme, le prédisposent à la phthisie.

Quoiqu'il ne soit pas sûrement démontré que les aliments peuvent communiquer la tuberculose, néanmoins il sera prudent de s'abstenir des viandes et du lait des animaux phthisiques.

Il faudra dorénavant avoir le plus grand soin de la qualité de la lymphe vaccinale ou humanisée qu'on inocule dans la prophylaxie de la petite vérole.

L'institution d'hôpitaux exclusifs, ou au moins de pavillons séparés pour les phthisiques, est vivement recommandée.

Les résultats des nouvelles études qu'on invoque et des recherches dirigées dans le but de déterminer dans quelles conditions et par quelles voies la tuberculose se transmet nous indiqueront les mesures prophylactiques plus particulières qu'il faudra adopter.

Quelle que soit l'opinion qu'on professe au sujet de la nature de la phthisie pulmonaire, personne ne doutera des avantages qu'apportera dans la lutte la *résistance organique.* C'est pour cela qu'une des plus grandes entraves à la diffusion de ce *fléau de la civilisation* doit jaillir de la pratique de l'hygiène qui assure le bien-être physique et moral des populations.

M. Leudet a pu étudier la question de la transmission de la tuberculose sur cinquante-six ménages appartenant tous à la classe aisée ; 15 fois le mari était tuberculeux et la femme saine au moment du mariage, ou plus ou moins longtemps après ; 41 fois la femme seule était tuberculeuse à l'époque du mariage. Dans la première série, cinq fois la femme fut atteinte de la tuberculose à une époque ultérieure ; toutefois, l'une de ces femmes avait une déviation rachidienne de vieille date et ne tomba malade de la poitrine qu'au bout de dix ans de mariage. Une autre avait perdu une sœur et une troisième une tante de la phthisie pulmonaire Dans les quarante-et-un ménages de la seconde série, trois fois le mari devint tuberculeux, et encore dans l'un de ces cas s'agissait-il d'un homme dont la sœur était morte phthisique. Ces résultats viennent en somme à l'appui de la proposition émise par divers auteurs, comme quoi dans le mariage la contagion de la tuberculose s'exerce plus souvent de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Il est juste d'ailleurs de faire observer, a ajouté M.

Leudet, que l'hérédité pouvait être invoquée comme circonstance favorable au développement de la phthisie dans les quatre cinquième des cas.

De cinq femmes devenues tuberculeuses après leur mariage avec un tuberculeux, quatre eurent des enfants; une seule eut deux enfants qui furent emportés par la tuberculose. De dix femmes qui, mariées à des tuberculeux, ont échappé à la tuberculose, neuf ont eu des enfants et cinq d'entre elles ont vu un ou plusieurs de ces enfants mourir de la phthisie. Elles ont donc porté dans leur sein des enfants procréés par un père tuberculeux sans être infectés de tuberculose.

M. Leudet estime néanmoins que le mariage d'un tuberculeux avec un individu sain doit être déconseillé; il considère comme une chose avantageuse la dispersion des enfants d'une famille entachée de tuberculose; enfin il est d'avis que l'isolement des tuberculeux est le plus souvent impossible à réaliser. Le tuberculeux est souvent à même de remplir des occupations très pénibles, non-seulement au début, mais à une période assez avancée de la maladie.

M. Vallin (du Val-de-Grâce), tout en inclinant à admettre la transmissibilité de la tuberculose de l'homme à l'homme, estime néanmoins que cette question est loin d'être rigoureusement démontrée. Malgré les expériences de M. Koch, on ne peut encore considérer la tuberculose que comme une hypothèse qui n'est pas invraisemblable. Or l'hygiène est essentiellement une science d'application, et on ne saurait dès lors édicter des mesures aussi vexatoires que l'isolement des phthisiques, lorsque la nécessité n'en est pas absolument démontrée. L'heure est aux travaux de statistique du genre de ceux de M. Leudet, et le rôle du médecin traitant doit se borner à des conseils aux familles des tuberculeux, sur l'utilité d'un isolement relatif pratiqué dans la mesure du possible.

M. Vallin considère la création d'hôpitaux spéciaux pour les phthisiques comme une chose impraticable. Il faut, au contraire disséminer les malades, les détourner du mariage, et ne pas demander ce qui, dans l'état actuel des choses, est impossible. (Applaudissements nombreux.)

M. Lubeiski (de Varsovie), dit que l'usage des objets de literie, des vêtements ayant appartenu aux phthisiques est une chose mauvaise, que l'agglomération de ces phthisiques est également mauvaise, il croit qu'il faut être circonspect, relativement à la création des hôpitaux dont il est question en ce moment.

En tout état de cause, on ne devrait construire que des hôpitaux en pavillon.

M. A. Smith estime que c'est surtout à l'hygiène générale qu'est réservé le rôle glorieux de sauver les populations de la phthisie. C'est donc surtout vers l'amélioration des grandes villes, des maisons qui y sont construites, que doivent se porter tous nos efforts.

L'amélioration des systèmes d'égout employés dans les grandes villes, lui paraît être un des éléments les plus importants de la question prophylactique. Il importe, avant tout, que ces égoûts soient admirablement ventilés et que l'air qui s'en échappe soit écarté le plus possible de l'intérieur des habitations. Or, la plupart des systèmes employés mettent en communication plus ou moins directe l'intérieur de nos habitations et l'intérieur de l'égoût, de sorte que l'air que nous respirons chez nous, c'est-à-dire les deux tiers de la totalité de l'air respiré (6,000 litres environ), est un air empoisonné.

C'est cet air qui donne la fièvre typhoïde, le fait est aujourd'hui incontestable. Pourquoi ne serait-il pas également un agent actif de la propagation de la phthisie?

M. Adolphe Smith fait remarquer qu'en Angleterre les dernières conclusions de M. le professeur Corradi étaient acceptées bien des années avant la découverte du *bacillus*.

Sur cent personnes qui meurent en Angleterre, vingt-six morts peuvent être attribuées aux maladies des voies respiratoires, mais les hygiénistes anglais ont toujours affirmé que ce chiffre devrait diminuer avec les améliorations dans les logements en général.

Nous respirons, en moyenne, 9,000 litres d'air par jour. Mais les deux tiers de notre temps nous le passons à l'intérieur des maisons, bureaux, fabriques, ateliers, etc.; nous respirons donc 6,0 0 litres d'air plus ou moins contaminé par les produits de l'encombrement, de l'éclairage, et surtout par les émanations de matières organiques en décomposition provenant des égouts, fosses, etc., etc.

Quand nos maisons seront mieux ventilées et mieux protégées contre ces émanations méphitiques, nous aurons moins de phthisiques. Du reste, en France, les casernes construites d'après le système Tollet, ont pleinement démontré ce fait. Grâce à une meilleure aération, les maladies de refroidissement n'ont été que de 20 pour 1000 chez les soldats logés dans les casernements Tollet, tandis que la moyenne pour l'armée entière est de 40 pour mille par an.

Convaincu que le mauvais drainage des villes prédispose les populations à la phtisie, je demanderai la permission de suggérer l'idée de faire des expériences avec l'air et l'eau des égouts. Il serait d'une utilité toute pratique de rechercher si cet air et cette eau, soit isolément, soit simultanément se prêtent au développement du *bacillus* de la phthisie. Peut-être trouverons-nous que ce germe malfaisant voyage plus facilement de maison en maison et garde sa vitalité néfaste plus longtemps, grâce à ces voies souterraines, à ces tuyaux de chûtes où les gaz méphitiques ne sont pas suffisamment dilués par une ventilation puissante.

Quoiqu'il en soit, l'on pourrait dès à présent prendre les mêmes précautions vis-à-vis de l'expectoration des phthisiques que celle que l'on emploie en Angleterre, du moins relativement aux déjections des typhiques. Les typhoïsants ne sont pas autorisés à se servir des lieux; ils doivent faire usage d'un vase spécial, où avec de forts désinfectants, on détruit les germes avant de jeter ces matières dangereuses dans les conduits qui mènent à l'égout public.

En un mot, et quelle que soit la caractéristique du *bacillus*, c'est sur l'hygiène que nous devons compter pour arriver à une notable réduction dans le nombre des poitrinaires.

M le docteur Félix, de Bukharest, expose, que dans la ville de Bukharest, ce sont les quartiers où il n'y a pas d'égoûts, où il n'y a que des fosses fixes, qui présentent les cas les plus nombreux du phthisie.

Pour M. Félix, ce serait l'humidité qui jouerait le plus grand rôle dans l'étiologie de la phthisie pulmonaire.

M. le docteur Landowski (d'Alger) craint qu'à force de rechercher les causes de la phthisie dans les détails minutieux on ne fasse fausse route. Ces causes sont très complexes et on doit les résumer de la manière suivante :

Que toute influence qui tend à étioler et déprimer l'organisme aboutit généralement à la phthisie. La tuberculose attaque, il est vrai, l'habitant des grandes villes exposé aux émanations de l'air des égouts, mais elle frappe aussi l'Arabe nomade au milieu de ses troupeaux, le nègre dans les plaines du Soudan et les Lapons dans les solitudes du pôle nord. L'éminent professeur Corradi propose comme moyen prophylactique de la tuberculose : 1o interdire le mariage aux tuberculeux; 2o création d'hôpitaux d'isolement pour les personnes frappées de la tuberculisation. Le docteur Landowski ne partage pas cette manière de voir; car en ce qui concerne le mariage pour les tuberculeux, le médecin seul peut être appelé à apprécier l'état des poumons des futurs conjoints; mais par respect du devoir professionnel, il lui est interdit de révéler à qui que ce soit l'état sanitaire de la personne qui s'est confiée à ses soins. D'un autre côté, la tuberculose commence sourdement et l'auscultation de toutes gens à marier s'imposerait dans le cas où cette mesure prophylactique proposée par M. le professeur

Corradi serait prise en considération. Il suffit de signaler ce fait pour voir comme c'est peu pratique.

Ce qui concerne l'isolement des tuberculeux cela parait à M. le docteur Landowski impossible. Car, en effet, l'isolement est indiscutable pour les maladies contagieuses à marche très rapide comme la variole, la diphtérie, etc., autant son application dans la phthisie est impraticable. Qui voudra en effet condamner à un internement souvent de plusieurs années un malade de cette catégorie ? A quelle phase de la maladie l'isolement sera-t-il appliqué ? De quelle façon saisir le tuberculeux qui ne s'est pas senti le besoin de consulter un médecin ? Ce sont autant de questions qui surgissent d'elles-mêmes et qui ne peuvent se résoudre. D'après M. le docteur Landowski, ce que nous savons sur la contagion d'un côté et sur les causes déprimantes de l'autre, la prophylaxie de la tuberculose doit surtout tendre à relever la résistance physique et vitale du peuple des villes et des campagnes. En première ligne des moyens prophylactiques, il faut placer tout ce qui touche à l'éducation des enfants. M. le docteur Landowski trouve superflu, au milieu d'hygiénistes compétents, de parler de l'immense importance de la gymnastique, de l'hydrothérapie et de tous les autres moyens reconnus par l'hygiène pour les plus aptes à fortifier l'enfance. Mais il tient à rappeler ici qu'en possédant les moyens puissants que l'hygiène nous donne, il s'agit de les appliquer sérieusement et que c'est là qu'existe les vrais moyens de l'amélioration de l'espèce humaine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1882. — Présidence de M. Henri Bouley.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté portant pour suscription cette devise : *Toujours de l'avant !*

— M. Gariel présente un volume contenant le compte rendu de la session du Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Alger en 1881.

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Hillairet, membre titulaire pour la section d'hygiène et de médecine légale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lagneau donne lecture des paroles qu'il a prononcées, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Hillairet.

(Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.)

— M. Jules Guérin donne lecture d'un travail intitulé : *Notes sur l'ostéotomie et la tarsotomie dans le traitement du pied-bot congénital.* En voici les conclusions :

1o Que la tarsotomie, ablation et resection des os du tarse pour remédier aux pieds-bots, même les plus prononcés, chez l'enfant, est une opération qui doit être réprouvée comme un des plus graves abus de la chirurgie contemporaine, au nom des principes et de la pratique ;

2o Que cette méthode, qui se résout dans une mutilation inutile et dangereuse au double point de vue de la forme et des fonctions du pied, peut toujours être empêchée et suppléé par la vraie méthode orthopédique, laquelle comprend la ténotomie, la syndesmotomie, le massage et les appareils orthopédiques ;

3o Que la tarsotomie, excusable tout au plus chez l'adulte, et pour des pieds-bots invétérés, n'a pas montré qu'elle fût préférable, au point de vue des dangers à faire courir et des services à rendre, au maintien de la difformité aidée d'appareils et de chaussures intelligemment appropriées aux déformations du pied ;

4o Finalement, qu'il n'y a pas lieu d'invoquer, pour justifier les tentatives blâmables de la tarsotomie orthopédique, les applications possibles de cette méthode aux déformations résultant des maladies des os du tarse, après la disparition des accidents causée par ces dernières : ces applications ne pouvant en aucune façon être confondues avec celles proposées pour le pied-bot ; toutes réserves faites à l'endroit des opérations de pseudo-tarsotomie que l'expérience seule pourra faire apprécier, et qu'elle n'a pas permis d'apprécier jusqu'ici.

M. Gosselin s'associe complètement aux critiques très légitimes que M. Jules Guérin vient de diriger contre les chirurgiens qui pratiquent l'ostéotomie ou la tarsotomie pour le pied-bot congénital chez les enfants. Mais il ne croit pas que ces critiques puissent s'adresser à la chirurgie française qui, jusqu'à ce jour, s'est abstenue de toute tentative de ce genre.

M. Blot croit devoir joindre ses compliments à ceux que M. Gosselin vient d'adresser à la communication de M. Jules Guérin. Déjà, dans une discussion qui eut lieu, il y a trois ans, au sein de la Société de chirurgie, à l'occasion d'un rapport fait par un des membres de cette Société au sujet d'une opération d'ostéomie pratiquée sur un enfant de deux ans, pour cause de rachitisme, M. Blot a eu l'occasion de faire entendre une protestation énergique contre de pareilles pratiques opératoires, mises en œuvre dans des cas et pour des lésions osseuses qui guérissent généralement par un séjour plus ou moins prolongé sur les bords de la mer, ainsi que le prouvent les résultats si remarquables obtenus à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Cette pratique chirurgicale présentée comme un progrès est plutôt un pas rétrograde, suivant M. Blot; ce serait de la folie chirurgicale, s'est-il écrié, que de suivre les chirurgiens allemands dans une pareille voie.

M. Tillaux demande à faire des réserves à l'égard des conclusions proposées par M. Jules Guérin. Il y a, suivant lui, à distinguer deux espèces de pied-bot, celui des enfants et celui des adultes. Celui des enfants ne doit pas être traité par l'ostéotomie ; mais celui des adultes peut fort bien, dans certains cas absolument incurables par les moyens ordinaires, être opéré avec avantage par l'ostéotomie. M. Tillaux croit que cette opération a été pratiquée en France, particulièrement à Bordeaux, et il considère que les chirurgiens qui l'ont pratiquée n'ont pas fait un acte blâmable, ainsique le dit M. Jules Guérin. Pour sa part, M. Tillaux est parfaitement disposé, après les chirurgiens allemands et quelques chirurgiens français, à pratiquer l'ostéotomie dans le pied-bot des adultes.

M. Jules Guérin est heureux de voir que plusieurs de ses collègues approuvent les termes de sa communication, qui a eu pour but d'empêcher les jeunes chirurgiens de pratiquer une opération dont ils ne peuvent connaître ni la valeur, ni les résultats.

Quant au pied-bot des adultes, M. Jules Guérin n'est nullement opposé à l'opération que recommande M. Tillaux ; mais il voudrait auparavant que les partisans de cette opération en montrassent l'utilité ; or on est encore à attendre les résultats de cette méthode et les services qu'elle peut rendre aux malades. Ces services ne sont pas tellement évidents que l'on puisse les mettre en balance avec les dangers de l'opération, surtout quand il s'agit de malades qui, malgré leur difformité, peuvent marcher, courir, sauter et gambader, comme on peut le voir tous les jours dans les rues et les places publiques.

M. Blot n'accepte pas même la réserve que vient de faire M. Jules Guérin, précisément parce qu'il s'agit de malades que leur difformité n'empêche ni de marcher ni de courir, comme le dit très bien M. J. Guérin.

— Nouveau procédé de clavelisation. — M. H. Bouley communique à l'Académie une note de M. F. Peuch, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, intitulée : *Quelques mots sur la cla-*

vélisation dans le Midi de la France. Cette note a pour objet l'exposé d'un nouveau procédé de clavelisation.

Chargé par le ministre de l'agriculture d'étudier la clavelée dans le Midi de la France et de l'Algérie, M. Peuch a fait sur la prophylaxie de cette maladie diverses observations qui l'ont amené à chercher un procédé de clavelisation permettant d'éviter les accidents que l'inoculation préventive de la clavelée détermine fréquemment. A cet effet, il a institué plusieurs séries d'expériences dont voici les résultats :

Vingt moutons, âgés pour la plupart de quinze à dix-huit mois, divisés en trois lots, comprenant chacun un témoin, ont été consacrés à ces expériences.

Les effets de ces injections sous-cutanées de claveau dilué ont varié suivant le titre de la dilution et la quantité du liquide injecté.

En injectant sous la peau de la cuisse, à l'aide d'une seringue Pravaz, 16 à 17 centigrammes d'une solution au 1/20 obtenu avec du claveau, recueilli depuis 14 à 37 jours, il se produit vers le 4e jour une forte intumescence et une vive rougeur de la peau autour du point inoculé, puis une large pustule se forme au centre de la tuméfaction consécutive à l'inoculation. C'est généralement vers le 7e jour que ce travail inflammatoire est bien manifeste. A ce moment, il survient une éruption générale ; puis une croûte épaisse se forme à la surface de la pustule développée au lieu de l'inoculation ; un sillon disjoncteur se creuse entre le mort et le vif et l'élimination de la partie mortifiée n'est achevée que du 25e au 30e jour. La plaie qui en résulte n'est entièrement cicatrisée que vers le 40e ou 45e jour. D'où cette première conclusion, que la dilution au 1/20 est insuffisante pour diminuer dans une mesure convenable l'activité virulente du claveau, et qu'il serait dangereux de l'employer dans la pratique.

Avec une dilution au 1/30, il a obtenu des effets analogues à ceux qui ont été déterminés par la dilution au 1/20.

Avec la dilution au 1/50, il a obtenu des effets encore moins accusés.

En somme, dix-sept moutons ont été clavelisés par la méthode sous-cutanée : huit avec du claveau dilué au 1/20, quatre avec du claveau dilué au 1/30 et cinq avec du claveau dilué au 1/50 ; aucun d'eux n'a succombé et tous ont acquis l'immunité claveleuse.

Les effets de la clavelisation sous-cutanée varient en intensité suivant la dilution employée, sans qu'il existe toutefois des différences bien sensibles entre le degré d'activité des mélanges.

Ces résultats conduisent M. Peuch à penser que l'on peut encore diminuer l'activité virulente du claveau, tout en lui conservant sa propriété de conférer l'immunité claveleuse, en abaissant le titre du mélange de manière à n'avoir plus qu'une partie de claveau pour 60, 80, 100 et 120 parties d'eau distillée.

Il y a là, ajoute M. Bouley, la base d'une méthode intéressante inaugurée par M. Peuch. Les résultats qu'il a obtenus et les faits qu'il a observés ne sont pas encore suffisamment nombreux pour fixer définitivement la valeur de cette méthode, mais M. Peuch n'en a pas moins eu raison de faire connaître dès maintenant ces premiers résultats qui suffisent déjà à prouver qu'on peut produire l'immunité contre la clavelée par une clavelisation n'allant même pas jusqu'à l'éruption.

Ces nouveaux faits viennent à l'appui de la thèse déjà soutenue par M. Bouley, contrairement aux opinions émises par M. J. Guérin, thèse ayant pour but de démontrer qu'une maladie contagieuse peut être donnée sans qu'elle se traduise chez l'animal inoculé ou vacciné par tous les symptômes anatomiques, la contagion étant fonction d'un élément vivant.

M. Jules Guérin : Il y a deux questions dans la communication de M. Bouley : celle de la clavelée et de la clavelisation ; puis la question beaucoup plus importante et plus générale des maladies contagieuses, des vaccinations et du microbe. Relativement à l'inoculation de la clavelée, il y a longtemps que M. J. Guérin a dit qu'il fallait distinguer l'inoculation sous-cutanée de l'inoculation directe par incision ou par ponction ; dans l'inoculation directe, il y a deux choses à considérer, l'insertion d'un virus et les effets de la ponction ou de l'incision. M. Guérin a vacciné par la méthode sous-cutanée et il a obtenu des résultats parfaitement concluants, sans pustulation. Il est donc bien convaincu que M. Peuch entre dans une bonne voie, mais dans une voie déjà parcourue et expérimentée. Il y a une vingtaine d'années, lors de la discussion sur la fièvre jaune, soutenant l'inoculation des formes atténuées, M. Guérin a relevé ce fait dont l'importance était considérable, à savoir : cette propriété des éléments virulents de se multiplier d'une façon infinie. Dit-on autre chose aujourd'hui sur les microbes ? On a changé les mots, mais non les faits.

M. Guérin rappelle également ce qu'il a dit à propos de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, à savoir : qu'on n'était pas certain d'inoculer le virus péripneumonique, la péripneumonie étant une maladie *totius substantiæ* dont on n'a pas l'élément virtuel. Les expériences qui ont été communiquées à l'Académie prouvent qu'on a inoculé à ces animaux quelque chose de morbide, mais rien ne prouve que ce soit la péripneumonie. Il faudrait, pour le prouver, mettre les animaux ainsi inoculés en contact avec des animaux sains et voir si ces derniers contractent la maladie.

M. Guérin reviendra ultérieurement sur la question générale des maladies contagieuses et des inoculations.

M. Bouley maintient seulement ce fait : si l'on prend le virus péripneumonique, qu'on l'inocule à l'extrémité de la queue, c'est-à-dire dans une région où le tissu cellulaire est très dense et que l'on attende un temps suffisant, on peut ensuite larder l'animal dans toute autre région avec le virus qui le tuait auparavant sans produire aucun phénomène morbide. N'est-ce pas là une preuve certaine que, par l'inoculation caudale du virus péripneumonique, on donne à l'animal inoculé l'immunité absolue ? C'est là un fait démontré par la pratique.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE

Des médications hypothermique et hyperthermique, de la pharmacothermogenèse, ou théories de l'action des médicaments sur la température animale, par le Dr P. F. Da Costa Alvarenga.

Le titre de ce remarquable travail suffit pour indiquer son importance. En effet, la fièvre étant le plus fréquent et parfois le plus grave des phénomènes pathologiques et constituant même à elle seule, dans quelques cas, toute la maladie, l'indication de la combattre est ce qu'il y a de plus important et de plus urgent en thérapeutique.

D'un autre côté, l'algidité, phénomène moins fréquent que la fièvre mais beaucoup plus grave, a toujours été un sujet de sérieuses préoccupations pour les praticiens qui ont un grand intérêt à connaître et à savoir appliquer les moyens destinés à la faire cesser.

L'auteur, après quelques considérations sur la haute portée du sujet qu'il traite, passe à la division et au classement des agents thérapeutiques en *hypotherménisants* et *hypertherménisants*, dénominations créées par lui pour remplacer celles qui avaient cours, et qu'il considère comme impropres et insuffisantes. L'objet capital de son étude est de définir et de décrire deux médications opposées qu'il qualifie d'*hypothermique* et d'*hyperthermique*.

Signalons aussi une analyse des médications antiphlogistique et pyrétogénétique, dont l'auteur trace les caractères avec

netteté et précision tout en donnant à cette étude les développements les plus étendus portant le cachet de son expérience et de sa pratique personnelles.

Après l'exposé des caractères de chacune de ces médications, le docteur Da Costa Alvarenga propose, pour remplacer les termes vulgaires, des noms dérivés du grec qui ont l'avantage de représenter avec précision les idées qu'ils doivent exprimer. Il passe ensuite en revue les diverses médications secondaires comprises dans les deux grandes classes des agents hypothermiques et hyperthermiques et qui se divisent en émollients, tempérants, réfrigérants, astringents, contro-stimulants, diaphorétiques, corroborants, stimulants, etc., etc.

Les effets de ces moyens thérapeutiques sont tous examinés sous le rapport de la température.

Cette revue est pour l'auteur l'occasion de démontrer le mode d'action de chacune des médications simples ou de chacune des médications complexes destinées à produire soit l'abaissement, soit l'élévation de la température du corps. Après l'examen de diverses théories émises pour expliquer cette action qu'il expose, comme il le devait, son interprétation personnelle toujours basée sur l'expérimentation physiologique et sur l'observation clinique qu'il proclame, avec raison, comme étant le veritable critérium en thérapeutique.

Un chapitre spécial et assez étendu est consacré à l'étude des moyens hypothérménisants généraux et locaux. L'auteur y fait connaître les résultats de ses nombreuses et patientes observations thermiques, sphygmiques et pneumétriques sur les préparations digitaliques, sur les quiniques, les ammoniacaux, les alcooliques, les saturnins, les alcalins, la vératrine, l'ipécacuanha, l'eau froide (hydro-thérapie), les propylamiques, les mercuriaux, les antimoniaux, les diaphorétiques, les salicyliques, le silicate de potasse et enfin les émissions sanguines naturelles et artificielles.

Un autre chapitre contient une étude analogue sur les agents thérapeutiques, hypertermènisants.

Ces deux chapitres terminent la deuxième partie de l'œuvre et constituent une analyse complète des deux principales médications qui se partagent la thérapeutique, et de leurs effets sur l'organisme.

La deuxième partie, intitulée *pharmaco-thermo-genèse* se compose de quatre chapitres, et est entièrement consacrée à l'exposition et à l'appréciation des théories par lesquelles on a essayé d'expliquer l'influence des médicaments sur la température animale.

C'est dans cette partie de l'ouvrage que se montrent le mieux les vues personnelles de l'auteur et les idées qui lui sont propres. Il a eu pour but de contrôler les diverses doctrines thérapeutiques qui traitent de l'action des médicaments sur la chaleur du corps, de discuter leur valeur, et de proposer une interprétation plus généralisatrice s'adaptant à tous les faits et mettant les théories d'accord avec l'état actuel de la science.

Tel est le travail nouveau dû à l'éminent professeur de l'école de médecine de Lisbonne, qui a su condenser dans l'espace relativement restreint d'un livre de deux cents pages, tout un traité de thérapeutique dont nous recommandons la lecture et la méditation à tous les praticiens qui s'intéressent aux progrès de la science.

Dans un temps où les études thérapeutiques sont considérées comme étant d'un rang inférieur on ne saurait trop féliciter le professeur Alvarenga d'avoir contribué à les relever par le secours de son savoir et de son érudition, et par le prestige d'un nom qui fait autorité dans le monde médical.

Dr Henri-Almès Papillaud.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Le jeudi, 14 septembre, mourait subitement, en donnant ses consultations, un de nos plus savants dermatologistes.

J.-B.-S. Hillairet était né, en 1815, à Angoulême. Il fit ses études médicales à Paris, et peu après avoir passé sa thèse *sur la ténotomie sous-cutanée*, il devenait chef de clinique de Bouillaud.

Il aspira plus haut et arriva au titre de médecin du Bureau central. C'est à l'hôpital Saint-Louis qu'Hillairet passa presque en entier sa carrière de médecin des hôpitaux. Et ce n'est que le 1er janvier 1881 qu'il quittait son hôpital de prédilection pour entrer dans l'honoraire.

Il comptait dès lors se consacrer exclusivement à la publication d'un *Traité de Dermatologie*. Le premier fascicule a paru en septembre dernier. Le deuxième fascicule doit être terminé. Nous espérons que le collaborateur distingué qu'il s'était adjoint pour la rédaction de ce travail, M. le docteur E. Gaucher, trouvera, dans les nombreuses notes manuscrites de notre maître et dans les programmes de ses leçons annuelles de l'hôpital Saint-Louis, des éléments suffisants pour achever la publication d'une œuvre qui fait le plus grand honneur à la dermatologie française.

Bien que M. Hillairet n'eût presque rien publié sur l'objet de ses études favorites, il n'en a pas moins eu une grande influence sur la direction nouvelle qu'ont prise depuis quelques années les travaux dermatologiques dans notre pays. C'est de son service et de son inspiration que sont sorties bien des études originales sur le mycosis fongoïde, la lèpre tuberculeuse, la sclérodermie, le xanthelasma, etc., etc.

Dans son service, on appliquait journellement et depuis longtemps le microscope aux études dermatologiques. C'est donc par une observation directe, assidue et des plus approfondies des affections cutanées, c'est par une pratique journalière et des plus étendues, c'est aussi par une connaissance sérieuse des travaux dermatologiques publiés tant en France qu'à l'étranger, que M. Hillairet avait recueilli les matériaux de ce grand *Traité* dont la mort vient, hélas! interrompre peut-être la publication.

Les travaux imprimés de M. Hillairet, s'ils sont courts, sont très variés.

Dans l'ordre de la médecine pure, je signalerai : 1o l'article *Pouls* et l'article *Pronostic* du *Supplément* au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine (paru en 1851 sous la direction d'Ambroise Tardieu) ; 2o des études sur la pathologie du cervelet (*Archives générales de médecine*, 1858) ; 3o une traduction d'un travail de Bright intitulé : *Des tumeurs situées à la base du cerveau et des maladies organiques de l'encéphale*, Paris, 1861.

En pathologie cutanée, on lui doit des leçons disséminées dans divers périodiques : 1o *Sur le sclérème des adultes* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, t. III, p. 321) ; *sur le traitement du pemphigus par le liniment oléo-calcaire* (Gazette des hopitaux, 1873) ; 3o sur le *lupus* (Progrès médical, 1878) ; 4o sur la *sclérodermie* (Progrès médical, 1878) ; 5o sur *les affections des glandes sébacées et les acnés* (Progrès médical, 1880) ; 6o sur le *xanthélasma* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1880) ; 7o sur *le mycosis fongoïde* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1881) ; 8o sur les *bactéries de la lèpre*, avec M. Gaucher (Bulletin de la Société de biologie, 1880).

Enfin on ne saurait oublier que M. Hillairet était en même temps un hygiéniste des plus distingués. C'est de la section d'hygiène qu'il faisait partie à l'Académie de médecine.

Outre ses remarquables études, faites en collaboration avec le docteur A. Delpech sur *les accidents auxquels sont soumis les ouvriers employés à la fabrication des chromates* (ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE, 1863 et 1876), il avait publié une notice sur l'empoisonnement par l'arsenic (1847) et un rapport sur un mémoire de Gintrac sur la pellagre (Société médicale des hôpitaux, 1863). M. Hillairet avait recherché longtemps et était arrivé à soustraire à l'hydrargyrisme professionnel tous les ouvriers qu'emploie l'industrie de la fabrication des chapeaux de feutre (V. les BULLETINS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, rapport de M. Delpech).

De plus, dès 1875, M. Hillairet se faisait devant l'Académie de médecine l'apôtre, sinon le promoteur, de ce système de construction Tollet, qui est aujourd'hui si en faveur auprès des hygiénistes, et dont il était allé visiter à Bourges une des premières applications (*Nouveau système de constructions de M. l'ingénieur Tollet*, pour casernements et hôpitaux militaires. (Travail lu à l'Académie de médecine du 16 mars 1875.)

Enfin c'est à M. Hillairet qu'est dû le rapport magistral adressé au ministre de l'instruction publique sur l'enseignement de la gymnastique dans les lycées, collèges, etc. (Paris, in-8, 1869, et nouvelle édition en 1878, sous ce titre : *Enseignement de la gymnastique dans l'Université*, Paris, imprimerie nationale.)

Officier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, Hillairet était depuis longtemps médecin du lycée Saint-Louis. Il était en outre membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine et membre de la commission administrative des lycées de Paris.

PAUL FABRE (de Commentry).

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 8 SEPTEMBRE AU JEUDI 14 SEPTEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 63. — Variole 5. — Rougeole 7. — Scarlatine 1. — Coqueluche 1. — Diphthérie, croup 24. — Dysenterie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 59. — Phthisie pulmonaire 172. — Autres tuberculoses 9. — Autres affections générales 57 — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 14. — Pneumonie 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 87, — au sein et mixte 54. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 69. — de l'appareil circulatoire 48. — de l'appareil respiratoire 44. — de l'appareil digestif 41. — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 11. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 18. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 934 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 28 septembre 1882.

Académie de médecine. — DE L'ALLAITEMENT CHEZ LES ENFANTS ET DE L'INCERTITUDE DE NOS CONNAISSANCES EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Il y a six semaines, M. Parrot entretenait l'Académie des premiers résultats obtenus chez les enfants du premier âge, à la nourricerie spéciale établie à l'hospice des Enfants-Assistés en vue d'étudier la valeur des différents modes d'allaitement artificiel. Dans cette même séance, M. Tarnier exposait succinctement les résultats des recherches qu'il avait faites à la Maternité dans cette voie. L'un et l'autre ont conclu en faveur de l'emploi du lait d'ânesse *chez les nouveau-nés* et contre l'emploi du lait de chèvre qu'à tort on avait substitué au lait de vache.

Seulement, l'allaitement par le lait d'ânesse se heurte à des difficultés dont il faut tenir compte dans la pratique. Le lait d'ânesse est d'un prix de revient très élevé; ce prix, M. Tarnier ne l'estime pas à moins de six francs par litre ! De plus le lait d'ânesse, par le fait de sa composition, ne peut convenir aux enfants qui ont dépassé les trois ou quatre premiers mois de la vie et qui n'y trouveraient plus les éléments d'une réparation suffisante. Il faut donc compter avec les autres modes d'allaitement artificiel, et M. Tarnier, bon juge en cette matière, a eu l'extrême mérite d'exposer à la tribune de l'Académie toutes les incertitudes qui enveloppent encore cette question de l'allaitement artificiel. Rappeler par quels liens étroits elle se rattache à l'épouvantable mortalité des enfants du premier âge dans les grands centres de population n'est jamais superflu. Mais mettre en son plein jour l'ignorance dans laquelle nous vivons au sujet de choses qui paraissent d'un intérêt secondaire alors que le succès de l'allaitement artificiel et le sort de milliers de nourrissons en dépend, et réclamer de l'Académie qu'elle daigne s'abaisser à l'étude de ces questions de détail, voilà une tâche méritoire; les applaudissements qui ont assailli M. Tarnier au moment de descendre de la tribune en font foi.

Donc l'éminent médecin de la Maternité, après avoir posé en principe que rien ne saurait valoir l'allaitement maternel et que l'allaitement par une nourrice mercenaire, s'il est bon pour le nourrisson, est déplorable pour l'enfant de la nourrice, a passé en revue tout ce que nous ignorons et qu'il serait urgent de savoir pour que l'allaitement artificiel pût être substitué, sans trop de désavantage, à l'allaitement maternel.

On discute pour décider si le lait d'ânesse est préférable à celui de la chèvre, de la vache ou de telle autre espèce animale. Mais il faudrait aussi s'inquiéter de savoir quelle nourriture convient aux femelles laitières tenues enfermées dans des étables, pour que leur lait conserve ses qualités naturelles ; à quelle époque, après que l'animal a mis bas, son lait peut être utilisé pour l'allaitement ; combien de temps il peut servir à cet usage spécial ; dans quelle mesure le lait d'une vache qui a séjourné pendant plusieurs mois dans l'atmosphère confinée d'une étable peut devenir malsain pour le nourrisson ? On ne s'accorde pas sur cette autre question qui est de savoir si le lait destiné an nourrisson doit être cru on bouilli. La question du coupage a donné lieu aux opinions les plus contradictoires, et, détail piquant, M. Tarnier nous a montré l'Académie couronnant dans la même séance les auteurs de deux mémoires sur l'allaitement artificiel, pour avoir dit l'un qu'il fallait donner aux nourrissons du lait de vache pur et l'autre qu'il faut largement le couper d'eau !

L'eau servant au coupage doit-elle être bouillie ou non, additionnée ou non de sucre, et de quel sucre ? Si l'on en croit certains auteurs, le sucre de lait, qui paraissait préférable au sucre de canne, serait beaucoup moins bon, parce qu'il favorise la précipitation de la caséine sous forme de flocons volumineux difficilement attaquables par le suc gastrique. D'autres ont vanté le coupage avec du bouillon, avec de l'eau albumineuse. On n'est pas fixé sur la durée du coupage, sur la température à donner au lait au moment de le faire servir. Incertitudes sur toute la ligne, dont on trouve la consécration dans le vague qui a présidé à la rédaction des *Conseils* que l'Académie, par les soins de M. Devilliers, adresse aux mères de famille. L'article 2 de cette sorte de guide pratique dit en substance « qu'il faut donner du lait de vache ou de chèvre, tiède, coupé d'eau par moitié, et, quelques semaines après, par moitié d'eau légèrement sucrée ». Comme l'a fait justement remarquer M. Tarnier, ces *quelques semaines* seront sujettes à recevoir des interprétations bien variées; cela signifiera : trois semaines pour les uns et vingt-cinq pour les autres, et on peut appliquer les mêmes réflexions à la manière de doser le sucrage. Il est vrai que dans la rédaction nouvelle on a eu soin d'ajouter que « s'il s'agit d'un enfant un peu plus avancé en âge, le lait peut être légèrement coupé avec de l'eau sucrée, selon le degré de concentration du lait et le degré de tolérance que présente le nourrisson. » Attendre des résultats sérieux de tels conseils, c'est supposer aux gens de la ville des qualités judicieuses et un coup d'œil qu'un académicien n'a pas toujours.

Bref M. Tarnier, dans les conclusions que nos lecteurs liront plus loin, a demandé à l'Académie de prendre l'initiative d'une étude expérimentale des diverses questions qui se rattachent à l'allaitement artificiel, étude poursuivie dans des étables modèles, comme il en existe dans un certain nombre de villes de l'étranger. C'est sur ce dernier point et sur le débat que la

question de l'allaitement artificiel a soulevé l'an dernier au Congrès des naturalistes allemands de Salzbourg, deux points abordés par M. Tarnier dans sa communication, que nous nous proposons de revenir prochainement.

E. R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçon de M. le professeur Dubrueil, à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Breschet a décrit (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. IV, 13 avril 1847) une pièce présentant une exostose du maxillaire supérieur et déposée au musée Dupuytren sous le no 383.

L'exostose, très volumineuse, était développée sur l'os maxillaire gauche et s'étendait d'avant en arrière de la première incisive à la face antérieure du rachis. En arrière, elle dépassait l'apophyse ptérygoïde de vingt lignes environ; sa circonférence mesurait onze pouces. Elle était bilobée et présentait une grosse dent molaire dans la rainure qui séparait les deux lobes; toutes les autres dents de ce côté de la mâchoire étaient tombées. Le maxillaire inférieur était luxé par la pression qu'exerçait la tumeur.

L'exostose faisait une légère saillie vers le plancher de l'orbite, occupait les fosses sous-orbitaire et zygomatique et remplissait le sinus maxillaire. La bouche était en grande partie occupée par le lobe postérieur de la tumeur. La surface de l'exostose était lisse et présentait sur certains points de petits sillons destinés à loger quelques petits vaisseaux. La partie superficielle était dure et compacte, tandis que la partie centrale était spongieuse.

Au numéro 382 du musée Dupuytren se trouve une autre pièce d'exostose du maxillaire supérieur donnée par Denonvilliers.

Voici les renseignements que l'on trouve à ce sujet dans le catalogue de Houel : « Cette pièce provient d'une femme de « trente ans. L'arcade alvéolaire, très développée, fait une « saillie arrondie et oblongue; son épaisseur est de deux à « trois centimètres, sa hauteur, mesurée de son bord inférieur « au fond du sinus maxillaire, est de trois centimètres cinq « millimètres; son étendue, d'avant en arrière jusqu'à la dent « canine, est de cinq centimètres cinq millimètres.

« La portion d'os qui supporte les deux incisives ne participe « pas à la maladie. La surface extérieure de cette exostose « est criblée de trous vasculaires.

« Les grosses molaires sont tombées et leurs alvéoles com- « blées. La partie antérieure de la tumeur supporte la dent « canine et les deux petites molaires, dont la couronne est « rongée par une carie profonde. Une section antéro-posté- « rieure pratiquée sur cette tumeur permet de constater qu'elle « est composée d'un tissu dense, grenu dans les deux tiers « supérieurs et plus lâche dans l'inférieur. »

Le docteur Gadaud (de Périgueux) a publié dans l'Union médicale de 1875, p. 194, un cas d'ostéôme du maxillaire supérieur. Voici le résumé de cette relation : le sujet de l'observation était une jeune fille de quinze ans, bien portante, indemne de tout vice diathésique, qui trois ans auparavant s'était aperçue qu'elle portait à la gencive de la mâchoire supérieure et du côté gauche une petite grosseur molle, tantôt blanche, tantôt rouge, ressemblant vaguement à une dent mal plantée.

Plusieurs médecins consultés prescrivirent des applications de teinture d'iode et un traitement interne.

Quand M. Gadaud examina la malade pour la première fois, il fut frappé de la fétidité de son haleine. Lorsqu'elle entr'ouvrait les lèvres, il s'échappait de sa bouche du pus sanieux mélangé de sang. La tumeur saignait au moindre contact, bien qu'elle n'eût jamais été le siége d'hémorrhagies abondantes.

L'auteur donne de la lésion la description suivante : « il existe une asymétrie notable des deux côtés de la face. La tuméfaction du côté gauche remonte jusque vers l'œil correspondant, qui paraît plus petit que celui du côté droit. Il n'y a point de rougeur ni de chaleur à la peau. La joue est parfaitement mobile, et le pincement n'y provoque aucune douleur. A l'intérieur, on trouve une tumeur occupant tout le maxillaire supérieur du côté gauche, refoulant la joue en avant et en dehors, mais sans adhérence avec elle, faisant fortement saillie en bas et en dedans, du côté de la bouche, sur la voûte palatine. Sa couleur est rouge lie de vin; sa consistance varie. Du côté de la bouche, elle est arrondie et très dense. La muqueuse buccale la recouvre sans altération, mais elle présente une double rangée de dents, comme si les alvéoles eussent été dédoublées. En dehors, au contraire, la tumeur est quasi molle et fongueuse. Ses limites sont assez nettes. Sur la voûte palatine, elle n'atteint pas tout à fait la ligne médiane. En arrière, elle s'arrête à la dernière molaire; en haut, elle paraît se perdre dans l'épaisseur de l'os. Cependant, si l'on porte le doigt dans le fond du sillon qui sépare la joue du maxillaire, on peut contourner une surface arrondie se continuant en avant, en arrière et en dehors avec le reste de la tumeur. Cette exploration n'est pas douloureuse. La jeune malade n'a d'ailleurs jamais éprouvé ni douleurs spontanées, ni élancements. Il n'y a pas de gêne de la déglutition, pas de nasonnement. »

Après avoir fait suivre pendant trois mois à la malade un traitement par l'iodure de potassium, traitement qui ne produisit aucun résultat, M. Gadaud en vint à l'opération. Un aide relevant la lèvre supérieure et la joue, le chirurgien circonscrivit la tumeur par une incision de la muqueuse, qu'il décolla un peu par en haut avec la rugine, pour tâcher de conserver le périoste; puis une sonde à résection de Blandin fut placée dans le sillon qui sépare la joue du maxillaire. Elle servait à maintenir au-dessus de la tumeur une scie à chaîne. Pendant que l'aide fixait très solidement les deux instruments, l'opérateur détacha rapidement un premier fragment, non sans quelque peine, car la scie mordait dans la tumeur avec difficulté.

La même manœuvre, répétée une seconde fois et de la même manière, permit d'enlever un second fragment, moins volumineux, mais tout aussi dur que le premier. Restait la grosse partie de la tumeur, qui faisait corps avec les os de la face. Elle fut à son tour sectionnée avec la gouge et le maillet, et sur la ligne médiane avec des cisailles. M. Gadaud l'enleva ensuite au moyen d'une forte pince et à l'aide de quelques tractions qui fracturèrent l'os sain au-dessus de la tumeur et ouvrirent le sinus maxillaire et la fosse nasale correspondante. Une artériole donna, à la suite de cette manœuvre, un jet de sang que l'on arrêta en poussant une éponge dans le fond de la plaie. Aussitôt, la langue ayant été préalablement protégée à l'aide d'une palette en bois recouverte d'un

linge mouillé, les joues et les lèvres également recouvertes à l'intérieur de linges mouillés, et tenues écartées par des aides, le chirurgien plongea un fer rouge dans la cavité buccale, et cautérisa énergiquement toute la surface de la section. Deux cautères éteints dans la plaie suffirent à arrêter toute hémorrhagie.

Dix-sept jours après l'opération, la malade repartait pour son pays. M. Gadaud, qui a depuis eu l'occasion de la revoir en 1874 (l'opération avait été faite au mois d'octobre 1871), a constaté que, non seulement la guérison était absolue, mais encore qu'il n'y avait plus de communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Il n'y avait plus de nasonnement. L'os s'était reformé en partie et, n'était l'absence d'alvéoles dentaires et de dents, on ne se serait pas douté qu'une aussi forte partie du maxillaire eût été enlevée.

L'examen histologique de la tumeur démontra sa nature exclusivement osseuse.

Dans le JAHRESBERICHT de 1869, t. II, p. 435, il est fait mention d'un cas d'ostéôme du maxillaire supérieur. Voici la note telle quelle : « Une tumeur éburnée, grosse comme le poing, que Fergusson enleva du maxillaire supérieur par la résection, et qui pesait 8 onces 1/2, avait ceci de remarquable que la masse éburnée était séparée du reste de la substance osseuse par une mince couche de substance gélatineuse. L'union entre la tumeur et le reste du maxillaire était devenue si faible que la séparation de la tumeur fut très facile. Le malade mourut trois jours après d'une pneumonie double. »

Le même recueil, pour l'année 1875, t. II, p. 436, renferme la relation suivante : «Workmann réséqua sur une jeune femme de 25 ans un ostéo-chondrôme du maxillaire supérieur droit, siégeant sur le bord alvéolaire et la voûte palatine, et qui avait commencé à se développer quatre ans auparavant à la suite d'un coup qui avait porté contre une incisive. Le choc avait produit une dislocation des dents et postérieurement une carie de l'alvéole. »

Voilà, en somme, les quelques faits que j'ai pu réunir d'exostoses périphériques du maxillaire supérieur. Le cas de Breschet me paraît devoir être rangé dans cette catégorie, bien qu'il soit indiqué que la tumeur remplissait le sinus maxillaire. Ce qui caractérise l'ostéôme central, ce n'est pas la saillie du côté du sinus, car tous les ostéômes volumineux du maxillaire doivent, à un moment donné, faire une saillie plus ou moins prononcée du côté du sinus, mais bien l'implantation sur la paroi du sinus.

L'observation du docteur Gadaud présente ceci de particulièrement intéressant qu'au niveau de la tumeur il existait une double rangée de dents.

Le cas de Fergusson est remarquable en ce que l'exostose, au lieu de se continuer directement avec le tissu osseux périphérique, lui était unie par une couche de tissu gélatineux.

Ces exostoses sont susceptibles d'acquérir un énorme développement, témoin celle présentée par Beaupréau à l'Académie de chirurgie. Bien que généralement éburnées, elles peuvent être, en partie au moins, spongieuses et même myéloïdes.

Leur étiologie, à part l'influence traumatique signalée seulement pour la malade de Workmann, est parfaitement obscure. Dans aucun des cas que j'ai réunis, je n'ai trouvé indiquée l'influence de la syphilis. Chez notre malade, il y avait évidemment une disposition spéciale aux productions ostéogéniques limitée aux maxillaires supérieurs, disposition bien distincte de la maladie décrite sous le nom d'hypertrophie diffuse des maxillaires, car chez cet homme l'hypergenèse du tissu osseux se produit sur des points limités.

Arrivés à un certain degré de développement, les ostéômes du maxillaire supérieur ne constituent pas seulement une difformité des plus choquantes, mais encore produisent des troubles fonctionels importants.

Leur diagnostic sera fondé sur leur consistance. La véritable exostose ne donnera pas la sensation de parchemin que peut faire naître la pression exercée sur une lamelle osseuse qui ne fait que recouvrir une tumeur. En cherchant à introduire une aiguille ou un fin trocart, on pourra encore éclairer le diagnostic. Il peut, dans certains cas, être difficile de distinguer une exostose de la partie nasale des maxillaires du début de l'hypertrophie diffuse des mêmes os, car cette dernière maladie débute par un gonflement osseux situé sur un des côtés du nez et bientôt accompagné d'un gonflement semblable du côté opposé.

Quant à la thérapeutique, elle paraît devoir être surtout chirurgicale, bien qu'il soit indiqué de recourir préalablement à l'administration de l'iodure de potassium. Il faut enlever la tumeur tout entière et ne pas oublier la recommandation de Stauley, citée par Pollock dans la chirurgie de Holmes : « On peut affirmer qu'une absolue sécurité vis-à-vis de l'exostose peut seulement être obtenue par l'ablation complète de toute sa circonférence. Si la plus petite portion de l'extérieur de l'exostose, avec sa capsule cartilagineuse, est laissée, la reproduction de la tumeur peut être, pour le moins, une occurrence probable. »

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

ONZIÈME SESSION

CONGRÈS DE LA ROCHELLE

Section des sciences médicales.

Suite.— Voir les numéros 35, 36, 37 et 38.

SEPTIÈME SÉANCE. — Mercredi 30 août 1882 (matin).

Présidence de M. AZAM.

ETUDE EXPÉRIMENTALE DES FONCTIONS DU NERF PHRÉNIQUE ET DES CONTRACTIONS DU DIAPHRAGME. — M. DE MUSGRAVE-CLAY donne lecture d'un mémoire de MM. HÉNOCQUE et ELOY sur les effets de l'arrachement et de la régénération du nerf phrénique, sur l'action des muscles intercostaux et des diverses racines de ce nerf et sur l'action de ses racines supérieures sur le diaphragme

Cet important travail n'étant pour ainsi dire que le résumé des communications faites par ces mêmes auteurs à la Société de biologie, nous prions le lecteur de se reporter aux comptes rendus hebdomadaires des séances du 22 et du 29 juillet et du 5 août dernier.

UN APPAREIL PROTHÉTIQUE A L'ÉPOQUE GALLO-ROMAINE. — Notre collaborateur M. E. RIVIÈRE présente le moulage d'un fragment de poterie samienne trouvé en 1867, à Paris, lors du percement de la rue Gay-Lussac. Cette poterie est ornée d'un dessin en relief représentant une danse de satyres. L'un des personnages tient un luth dans la main gauche, tandis que le bras droit est élevé au-dessus de la tête. Quant aux membres inférieurs, et c'est là ce

qui intéresse plus particulièrement l'histoire de la médecine, on voit la jambe droite, coupée un peu au-dessous du genou, reposer sur une sorte de pilon renflé à son extrémité supérieure, cylindrique dans sa partie moyenne, tandis que l'extrémité inférieure est bifurquée.

Cette reproduction d'un appareil prothétique destiné à remplacer la partie amputée d'un membre est, avec celle qui a été décrite par M. René Briau dans le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines* (1), le seul exemple de prothèse chirurgicale qui nous ait été transmis de l'antiquité, soit comme figurine, soit comme dessin, à moins que l'on n'accepte comme remontant aussi à l'époque gallo-romaine la mosaïque de Lescar. Cette opinion émise par M. de Longpérier et combattue par certains archéologues est parfaitement acceptée par M. E. Rivière. La mosaïque de Lescar représente un chasseur « dont la jambe droite privée du pied est repliée et s'appuie sur la fourche d'une jambe de bois ».

TUMEURS DE L'OMBILIC. — M. NICAISE communique deux faits de tumeur de l'ombilic qu'il a eu l'occasion d'observer assez récemment.

Le premier est celui d'une femme qui, en outre d'un cancer de l'utérus nécessitant son entrée à l'hôpital, avait une hernie ombilicale dont la portion irréductible, dure, résistante, piriforme, paraissait formée par l'épiploon et fut considérée comme de nature cancéreuse secondaire.

La malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un épiploon parfaitement sain, tandis que la dégénérescence cancéreuse était limitée à la portion herniée intra-ombilicale.

Dans la seconde observation, il s'agit également d'une femme, âgée de quarante-trois ans, présentant une tumeur ombilicale papillaire, violacée, douloureuse, en voie de s'ulcérer, du volume d'une noix et sessile. Elle remontait déjà à une année quand M. Nicaise la vit pour la première fois. Un petit fragment de cette tumeur soumis à l'examen histologique permit de reconnaître qu'elle était de nature épithéliomateuse. M. Nicaise décrit le procédé auquel il eut recours pour en faire l'ablation.

ETUDES EXPÉRIMENTALES DES INSUFFISANCES TRICUSPIDIENNES. — M. FR. FRANCK fait connaître les résultats de ses recherches expérimentales sur l'insuffisance auriculo-ventriculaire droite et les conditions dans lesquelles on peut arriver à la produire chez les animaux. L'auteur montre que la nature a prévu, par l'appareil valvulaire de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, les obstacles qui pouvaient parfois se produire dans la circulation pulmonaire. C'est ainsi que si l'on vient à comprimer l'artère pulmonaire, on voit le ventricule droit se dilater et une insuffisance tricuspidienne s'établir.

Les mêmes phénomènes se produisent dans le cas d'asphyxie rapide, dans l'asthme, etc. M. Franck s'est servi dans ses expériences d'appareils d'une certaine sensibilité qui lui ont donné des tracés lui permettant de constater les rapports existant entre les mouvements veineux et ceux du cœur. Il a créé à volonté des insuffisances tricuspidiennes, en allant sectionner, avec un polypotome à lame cachée, soit un cordage quelconque du ventricule droit, soit le bord de l'une des valves.

En résumé, l'insuffisance tricuspidienne pure se caractérise, dans les expériences de M. Fr. Franck, par :

1o Des courbes anomales dans le tracé graphique des veines, par une dilatation prononcée des veines de la face, du cou, des membres supérieurs, etc.;

2o Par une augmentation de fréquence des battements du cœur dans la proportion de 1 à 3 ;

3o Par une modification profonde de la respiration, une anémie aiguë telle que l'animal, sur lequel les expériences ont eu lieu, tombe en syncope au moindre effort.

(1) CHIRURGIA, in *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines* publié sous la direction de MM. Ch. Daremberg et Saglio.

DOUBLE CONSCIENCE, ÉTAT ACTUEL DE FÉLIDA X... — M. le professeur AZAM (de Bordeaux) rappelle en quelques mots l'observation d'une femme hystérique présentant comme l'une des manifestations de cette maladie un état mental particulier, désigné sous le nom de « *double conscience*, » et dont les premiers phénomènes remontent à vingt-cinq ans. M. Azam décrit les crises qu'il a pu suivre depuis l'année 1858. Pendant l'accès, son état est complètement différent de celui qui l'a précédé; de triste qu'elle était, par exemple, elle devient frivole et rieuse ; puis, la crise terminée, elle ne se souvient plus du tout de ce qui s'est passé. C'est ainsi qu'un individu la rendit mère, pendant une de ses crises mentales, à son insu. C'est ainsi également qu'au sortir de l'une de ses périodes anomales elle ne se souvenait plus de la mort d'un de ses parents dont elle avait appris la fin pendant sa crise.

En un mot, il y a chez elle deux existences complètement distinctes : l'une consciente de tout, l'autre absolument inconsciente.

M. Azam compare l'existence de cette femme à un livre dont on aurait déchiré un certain nombre de feuillets.

Cette malade, parvenue aujourd'hui à l'âge de trente-neuf ans, vit presque constamment (environ 24 à 25 jours sur 30) dans l'état de conscience seconde ; les cinq ou six autres jours, elle a généralement recouvré sa raison, mais avec oubli du passé inconscient. Il est à craindre, le mal continuant à progresser, qu'elle ne reste, à un moment donné, tout à fait dans sa condition seconde.

LÉSIONS DES DENTS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE. — M PETIT (L.-H.) donne lecture des conclusions suivantes du mémoire adressé par par M. CH DAVIN :

1o Nous avons observé un cas d'altération particulière des dents dans le cours de l'ataxie locomotrice :

2o Ces altérations consistaient en une mortification rapide (huit mois) de la partie antérieure de la couronne de presque toutes les dents ;

3o La substance altérée avait pris la consistance d'un bois tendre et une coloration *rougeâtre;* l'émail existait encore avec son poli, mais sans sa dureté ;

4o Sous ces parties, la pulpe avait produit une nouvelle couche de dentine secondaire. La cavité pulpaire était comblée (dans la plupart des dents antérieures) et, partant, le bulbe était atrophié ;

5o Par leurs caractères objectifs et par leur marche, ces altérations ne ressemblent en rien à la carie ; nous leur attribuons pour cause l'état général du sujet ; nous les rattachons aux troubles trophiques déterminés par la lésion médullaire.

6o Ces altérations seraient analogues à celles qui ont été déjà signalées sur les ongles dans le cours de l'ataxie. Elles établiraient donc un rapprochement pathologique entre des organes déjà unis par leur commune origine épithéliale.

7o Localement ces altérations reconnaissent pour cause immédiate un trouble fonctionnel ou une lésion de la pulpe dentaire elle-même qui reflète l'état des cordons antérieurs. L'atrophie que nous avons constatée n'est-elle pas comparable à celle que l'on observe dans les mêmes circonstances du côté de l'œil?

8o Le fait que nous rapportons, et ces diverses considérations, nous conduisent à attribuer une fois de plus à la pulpe dentaire sa véritable signification physiologique : d'*organe sensoriel*.

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA RÉSECTION DU POIGNET. — M. OLLIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, était, il y a trois ou quatre ans encore, dans les mêmes idées que M. Nepveu relativement à cette opération, par suite des résultats très insuffisants que celle-ci lui avait donnés au début de sa pratique. Cependant il a voulu reprendre cette question il y a trois ans environ, et a fait depuis cette époque 13 resections radio-carpiennes partielles ou complètes. Les résultats absolument différents de ceux de la série précédente, qu'il a obtenus cette fois, M. Ollier croit devoir les attribuer d'abord au pansement de Lister, ensuite à un traitement consécutif mieux dirigé.

Dans cette seconde série de 13 cas, il n'a eu que deux morts, et encore celle-ci sont-elles survenues dans des conditions particulières: 1o chez un vieux paludique atteint d'une double arthrite suppurée du carpe, qui succomba à la suite d'hémorrhagies secondaires que l'on ne put arrêter que très difficilement; 2o chez un homme de 55 ans, qui fut emporté quarante-huit heures après l'opération par une gangrène septique aiguë. Les onze autres opérés ont donné jusqu'à présent des résultats très satisfaisants.

Les résections radio-carpiennes, selon les conditions dans lesquelles elles se présentent, sont de trois ordres différents : 1o la résection traumatique ; 2o la résection orthopédique ; 3o la résection pathologique. La première peut le plus généralement être évitée, grâce aux moyens antiseptiques qui réussissent presque toujours très bien. La seconde n'est plus que très rarement employée. Quant à la résection pathologique, autrefois elle était presque constamment suivie d'une récidive locale des accidents qui l'avaient nécessitée; aujourd'hui elle a perdu beaucoup de ses dangers, grâce aux agents antiseptiques qui permettent de nettoyer mieux et plus profondément les surfaces malades et d'éviter la suppuration diffuse.

M. Ollier décrit le mode opératoire auquel il a recours, procédé qui débute par trois incisions de décharge destinées à préserver le développement de fusées purulentes ; il insiste surtout sur le traitement consécutif. Il rapporte, en terminant, un certain nombre d'observations, parmi lesquelles nous devons citer celle d'un malade qu'il a opéré il y a vingt-huit mois, en lui enlevant tous les os du carpe, l'extrémité supérieure des métacarpiens et l'extrémité inférieure du cubitus. Cet individu, qui était alors aussi scrofuleux que possible, non seulement a parfaitement guéri, mais encore vingt mois après l'opération il portait un poids de 9 kilogr. à bras tendu. Si tous les succès ne sont pas aussi considérables, cependant il en est un certain nombre où les opérés en sont actuellement arrivés à porter trois ou quatre kilogr., ce qui est déjà un très bon résultat fonctionnel.

En résumé, les malades doivent être divisés en :

1o Sujets qu'il faut opérer, ce sont ceux qui sont affaiblis par une suppuration continue et sont menacés de tuberculisation ;

2o Sujets que l'on peut opérer, c'est-à-dire ceux qui présentent quelque incertitude sur le développement de la tuberculose et qui ont encore quelques chances de guérir;

3o Sujets qu'il ne faut pas opérer, soit des malades déjà primitivement tuberculeux, soit des individus ayant dépassé 35 ans ou n'ayant pas atteint leur douzième année.

M. Verneuil se rallie complètement aux conclusions de M. Ollier relativement aux résections traumatiques et aux résections orthopédiques; cette dernière surtout est une opération détestable. Il en est de même pour la question d'âge, l'opération n'ayant vraiment de chances de réussite qu'entre 12 et 30 ans. Mais la résection chez un sujet diathésique n'est qu'un expédient, une manière d'empêcher certaines complications; ce n'est, en un mot, qu'une opération palliative et non un moyen de guérison.

En résumé, M. Verneuil demande à ses confrères de ne se faire aucune illusion sur les résultats définitifs de la résection radiocarpienne dans certains cas, et il insiste pour que, préalablement à toute opération, on étudie les ressources de la thérapeutique ordinaire, que l'on y ait recours avec persévérance, car il n'abandonne pas l'espoir que quelques malades puissent encore guérir par là, plus lentement il est vrai, mais sans avoir eu à subir les dangers de la résection. Il n'est point l'adversaire systématique de cette opération, mais il ne saurait l'admettre que dans les cas où elle est absolument nécessaire. Du reste, une grande réaction se fait actuellement en Angleterre contre l'abus de ces résections.

La séance est levée à onze heures et demie.

Huitième séance. — 30 août (soir).

Présidence de M. Azam.

Sur la mortalité en Grèce par saisons. — M. Clon-Stéphanos communique les principaux résultats de ses recherches sur la statistique mortuaire de la Grèce. D'après les données moyennes de quatorze ans, — 1864 à 1878, — la mortalité présente son minimum pendant le mois de mai, soit 1,47 décès sur 1,000 habitants; elle s'élève ensuite brusquement, pendant les mois de juin et de juillet, à 1,84 sur 1,000, chiffre le plus élevé de toute l'année. S'affaiblissant légèrement pendant le mois d'août, elle reste à peu près au même niveau en septembre, pour s'élever un peu de nouveau en octobre et retomber ensuite au mois de novembre. Après une faible élévation pendant le cours des mois de décembre et de janvier, un nouvel abaissement se fait remarquer, très faible d'abord en février, puis s'accentuant rapidement en mars, tandis qu'en avril il se produit un nouveau mouvement d'arrêt; mais, dès le mois suivant, la mortalité s'abaisse promptement pour atteindre les chiffres les plus faibles.

Ainsi la mortalité la plus élevée est à l'automne (5,41), la plus faible au printemps (4,59), les chiffres intermédiaires se rencontrant dans l'été (5,32) et pendant l'hiver (5,38). Les observations d'Hippocrate sur la mortalité relative des saisons concordent donc avec les faits actuels.

M. Stéphanos examine ensuite la distribution de la mortalité par saisons sur le sol de la Grèce et les facteurs principaux qui agissent sur elle.

Pour ce qui concerne la malaria, l'étude des données statistiques l'a conduit à ce résultat : que pendant l'été les fièvres pernicieuses n'occupent en général qu'une place secondaire comme cause léthifère, même dans la plupart des districts les plus marécageux de la Grèce, la première place appartenant à la diarrhée infantile, et que la malaria influe sur la mortalité automnale, surtout en rendant les organismes plus aptes à être frappés par d'autres causes morbifères et surtout par le refroidissement.

En terminant, M. Stéphanos indique les moyens propres à éviter toute inexactitude dans la détermination de la mortalité par saisons et par mois et la part que prennent dans cette mortalité les causes et les circonstances nosogènes qui suivent surtout certaines saisons.

De quelques moyens usuels de prophylaxie. — M. Dagrève résume ainsi sa communication : Ces moyens sont appliqués au sujet qui peut devenir un foyer d'infection et au local qu'il occupe. Ils consistent dans les soins de propreté du local : arrosage de la chambre et destruction immédiate, par une solution de potasse ou de sulfate de fer, des matières qui peuvent communiquer la maladie, telles que les crachats des phtisiques, les matières fécales des typhiques et des cholériques, les croûtes des varioleux, etc. A ces derniers, il prescrit des bains, des lotions savonneuses, pour éviter la réduction en poussière desdites croûtes, par suite leur transmissibilité par l'air.

Un cas d'empalement, par M. Prunières (de Marvéjols). — Il s'agit d'un jeune garçon projeté à terre et traversé de part en part et fixé au sol par l'un des pieux d'une charrette de foin qui se renversa sur lui. L'ouverture d'entrée était située dans la région dorsale à un centimètre au-dessus de l'os iliaque du côté droit et à huit centimètres de la ligne médiane ; le point de sortie était en avant, dans la région abdominale, à quatre centimètres de la ligne blanche et à trois centimètres au-dessous des fausses côtes.

Ce ne fut qu'assez longtemps après l'accident qu'il fut rencontré par des paysans qui le dégagèrent comme ils purent et le transportèrent inanimé dans une grange voisine, où M. Prunières fut aussitôt appelé.

Il venait de recouvrer connaissance ; la plaie postérieure était large à introduire trois doigts, lesquels pénétraient dans une sorte de

bouillie sanglante, tandis que dans la plaie antérieure on pouvait seulement passer un doigt. Pansement : mèche dans les plaies, linge fenêtré, charpie phéniquée ; repos absolu ; petit-lait comme boisson. — Le lendemain de l'accident, fièvre très modérée, pas de vomissements, selles naturelles ; on alimente le blessé avec du bouillon. Les jours suivants, nul phénomène particulier, pas d'accidents ; appétit. Trois semaines après l'événement, guérison de la plaie abdominale. Au bout de deux mois, cicatrisation de la plaie postérieure. Guérison parfaite, nulle infirmité.

Blessures et chirurgie préhistoriques. — M. Prunières, dans une seconde communication, présente un certain nombre d'ossements humains qui furent atteints par des flèches en silex, lesquelles sont restées, après guérison, encastrées dans l'os de façon à n'en pouvoir sortir. On voit très nettement le travail de cicatrisation osseuse qui s'opéra dans son temps Les os présentés par M. Prunières sont des vertèbres, des os du bassin et un astragale, trouvés par lui dans les cavernes de la Lozère.

L'auteur de cette communication insiste aussi sur ce fait que les populations préhistoriques de la Lozère appartiennent à deux races distinctes : l'une dolichocéphale, l'autre plus récente et brachycéphale.

M. Verneuil, très intéressé par la vue des pièces présentées par M. Prunières, demande à celui-ci si parmi ses nombreux ossements humains recueillis dans ses fouilles, il n'a pas trouvé quelquefois des traces de rachitisme.

M. Prunières répond négativement.

M. E. Rivière rappelle que le premier des squelettes humains trouvés par lui dans les grottes de Menton, en 1872, présentait une fracture des deux os de l'avant-bras consolidée, avec déformation prononcée du membre. Il dit aussi que le fait de deux races préhistoriques parfaitement distinctes se rencontre aussi, entre autres régions, dans les Alpes-Maritimes. C'est ainsi que, tandis que les hommes de Menton appartiennent à une race dolichocéphale de grande taille (1 m. 85, 1 m. 90 et 2 m. 05), ceux, au contraire, des dolmens de l'arrondissement de Grasse, ainsi que les hommes de la grotte de l'Alharéa, sont des brachycéphales de petite taille. Parmi les nombreux squelettes découverts par M. Rivière, aucun d'eux ne présentait non plus aucune trace de rachitisme.

Affections cardiaques en rapport avec des névralgies du membre supérieur gauche. — M. Potain communique les trois observations suivantes de lésions intéressant les nerfs périphériques, qui auraient déterminé par une sorte d'action réflexe certains accidents cardiaques.

Dans le premier cas, il s'agit d'un soldat dont la blessure, reçue pendant la guerre de 1870, nécessita l'amputation du bras gauche, opération qui fut suivie du développement de névromes dans le moignon. Quelque temps après, cet homme éprouvait des malaises cardiaques, des palpitations, de la difficulté à marcher, en un mot un ensemble de phénomènes tenant à une hypertrophie simple du cœur, en même temps qu'il devenait hypochondriaque. Enfin, un peu plus tard, les douleurs du moignon diminuant, les accidents du côté du cœur perdirent considérablement de leur intensité.

La seconde observation est celle d'un jeune homme qui eut le bras gauche écrasé par une voiture, et dont les plaies suppurèrent pendant plus d'une année. Les cicatrices étaient restées douloureuses, lorsqu'à la suite d'une très grande fatigue, cet homme fut pris de palpitations assez violentes, oppression, etc., qui le forcèrent à renoncer à tout exercice même modéré. Quelque temps après on constatait l'existence d'une hypertrophie simple sans aucune lésion du cœur, et, comme le malade précédent, il devenait hypochondriaque.

Quant au troisième malade, c'est aussi un soldat qui, pendant la guerre de 1870, eut l'aisselle gauche traversée par une balle. Après une longue suppuration, le blessé ne guérit qu'avec une rétraction cicatricielle, telle qu'il pouvait à peine écarter le bras du tronc. Quelques tentatives d'écartement forcé ayant eu lieu, il en résulta une douleur extrêmement vive bientôt suivie d'un malaise persistant de battements de cœur, oppression, palpitations, etc., qui allèrent en augmentant et s'accompagnant d'une hypertrophie du cœur très accentuée. Cependant le repos à l'hôpital Necker, où il vint passer quelque temps, joint à l'emploi de la digitale, amenèrent une certaine amélioration.

Ces faits semblent différer de ceux dans lesquels il suffit de l'excitation du plexus gastrique ou intestinal pour déterminer une hypertrophie dans laquelle les cavités droites du cœur sont seules atteintes.

M. Verneuil a eu l'occasion d'observer un fait de cet ordre chez un jeune homme, blessé pendant la guerre d'un coup de feu et amputé au tiers supérieur de l'avant-bras gauche. Des névromes très douloureux se développèrent à l'extrémité du moignon, et cet individu, d'une très bonne constitution, d'une très forte santé, devint hypochondriaque en même temps qu'il se plaignait d'une cardiopathie très pénible, avec hypertrophie du ventricule gauche. M. Verneuil procéda à l'ablation des névromes, espérant obtenir un soulagement immédiat. Cependant ce ne fut qu'au bout de trois mois que la cardiopathie disparut, ainsi que l'hyperesthésie excessive dont il souffrait.

M. Duplouy a présenté, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, un malade chez lequel plusieurs névromes s'étaient développés dans le moignon, à la suite d'une désarticulation de l'épaule. Les douleurs extrêmement vives auxquelles ils donnèrent lieu irradiaient dans une partie très étendue du thorax.

M. Ollier rappelle à son tour un fait présentant quelque analogie avec les précédents. Il s'agit d'un homme auquel il reséqua le nerf saphène-tibial gauche, pour une névralgie fort pénible. Il avait, de plus, depuis longtemps une lésion très avancée du cœur, mais chaque soir les accès névralgiques précédaient toujours les phénomènes cardiaques. Après avoir éprouvé un soulagement notable à la suite de cette résection, le malade mourait subitement deux jours plus tard, emporté par des accidents du côté du cœur.

M. Potain : Bien que tous les faits qui viennent d'être cités se rapportent à une lésion nerveuse située à gauche, bien que dans l'angine de poitrine la douleur existe aussi toujours dans le bras gauche, je ne serais pas étonné que les mêmes accidents cardiaques se produisissent dans le cas d'une lésion nerveuse du membre supérieur droit.

M. Leudet communique à son tour une observation d'angine de poitrine en rapport avec des douleurs périphériques dans le bras droit chez une vieille femme atteinte aussi de néphrite chronique.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Varèle.

(A suivre.)

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

SÉANCES GÉNÉRALES

Suite. — Voir le numéro 38.

Séance du 7 septembre 1882. — Présidence de M. Lombard

M. le docteur C. Varrentrapp, conseiller sanitaire à Francfort-sur-le-Mein, développe les réflexions suivantes sur *les colonies d'écoliers en vacances :*

Les « colonies d'écoliers en vacances » sont reconnues depuis quelque temps comme un puissant agent pour fortifier les enfants délicats et malades.

Par « colonies en vacances, » on entend l'envoi d'écoliers maladifs à la campagne pendant toute la durée de leurs congés, c'est-à-dire pendant trois à quatre semaines.

On les envoie par groupes de dix ou quinze, sous la direction d'un maître ou d'une maîtresse, dans une contrée salubre, autant que possible à la montagne, ou au bord de la mer; il faut aussi que leur demeure soit saine, spacieuse et bien aérée, leur nourriture abondante et fortifiante.

Les enfants prennent beaucoup d'exercice en plein air.

Le contraste de la vie que ces enfants mènent dans leurs demeures sombres et humides, avec une existence saine et principalement en plein air, fait dès l'abord augurer favorablement du résultat. Mais ce séjour n'est pas long, il est de deux à quatre semaines (400 à 750 heures) et l'on se demande si le bien obtenu sera durable.

L'expérience faite sur quatre à cinq colonies suisses et environ une douzaine de colonies allemandes a démontré que les enfants avaient gagné non seulement une apparence plus saine, mais que leur poids avait augmenté (de une à trois livres), ils avaient aussi grandi de un à deux centimètres; cette augmentation est plus forte que celle que l'on a observée chez des enfants du même âge, pendant le même espace de temps. Il est difficile de dire s'il y a eu un développement dans la poitrine de ces enfants; on a cherché à s'en assurer, mais sans arriver à aucun résultat positif. Les « colonies de vacances » ont eu, d'après le témoignage des professeurs, une bonne influence sur la tenue des enfants.

Il faut se souvenir que l'on n'envoie dans ces « colonies de vacances » que des enfants maladifs, pauvres et non vicieux, mais il ne s'agit pas d'enfants vraiment malades ou d'enfants qui soient encore sous l'influence de graves maladies. Pour ces derniers, il faut un traitement particulier, ils ne peuvent pas être en compagnie des autres.

Les enfants vraiment malades ont besoin de la surveillance d'un médecin, il leur faut des remèdes appropriés à leur état, des bains, etc., etc. Dans les « colonies de vacances, » il ne peut être question d'une surveillance aussi spéciale, les enfants ne doivent pas avoir peur d'un changement un peu brusque dans la température, il leur faut de la gymnastique, des bains et beaucoup d'exercice, conditions dans lesquelles des enfants malades ne peuvent aller à la campagne sous la direction d'*un seul* maître.

En Danemark, on envoie deux ou au plus trois enfants à la fois chez un paysan qui les nourrit gratuitement en échange d'un petit travail agricole.

Les Compagnies de chemins de fer et de bateaux donnent parcours gratuit à ces enfants. Sept mille enfants danois ont été ainsi envoyés à la campagne ces dernières années.

A Berne, c'est le maître d'école qui prend et garde avec lui, pendant les vacances, jusqu'à une cinquantaine d'enfants. Entre autres bons résultats, ce système a l'avantage de mieux rattacher les élèves aux maîtres, et de la manière la plus sympathique.

En Allemagne, dans l'espace de six ans, six mille enfants provenant de vingt-deux villes ont été ainsi envoyés en vacances.

M. le docteur de Cristoforis expose ensuite les résultats également favorables obtenus à la suite d'essais analogues tentés sur un certain nombre d'enfants de Milan.

M le docteur Lubelski (de Varsovie) signale les excellents résultats déjà obtenus en Pologne par une institution analogue due à l'initiative toute récente de M. le docteur Markiwicz, qui envoie les écoliers maladifs pendant les mois de vacances dans les forêts de sapins. M. Lubelski émet le vœu de voir tous les internats des grandes villes transformés en colonies-écoles, ce qui, dit-il, diminuerait considérablement les difficultés de l'hygiène scolaire.

M. le docteur Vidal (de Paris) remercie les précédents orateurs des renseignements qu'ils viennent de donner et qui seront très utiles à la Société de médecine publique de Paris, dans le sein de laquelle une Commission a été récemment nommée, sur la proposition de M. le docteur Dally, pour examiner cette même question au point de vue de sa réalisation en France.

Séance générale du 8 septembre 1882. — Présidence de M. H.-Cl. Lombard.

M. le docteur H. Cl. Lombard, de Genève, président du Congrès, fait une communication des plus intéressantes sur les *influences hygiéniques, physiologiques et thérapeutiques des altitudes*, dont voici les conclusions :

L'insuffisance de l'oxygène qui résulte de la dilatation de l'atmosphère des hautes régions peut amener l'asphyxie, si elle n'est pas combattue par des inhalations d'oxygène.

Le *mal de montagne* a pour cause essentielle la diminution de l'oxygène atmosphérique, alors que les contractions musculaires extraordinaires en réclament une quantité supplémentaire. C'est l'insuffisance de l'oxygène qui cause les douleurs musculaires et oblige à un repos immédiat.

La respiration et la circulation deviennent plus rapides à mesure qu'on s'élève au-dessus du niveau des mers. En même temps l'exhalation de l'acide carbonique augmente jusqu'à une certaine limite, que l'on peut fixer approximativement entre 1,500 et 1,000 mètres, tandis qu'au delà elle diminue en raison directe de l'altitude.

Au-dessus de 2,000 mètres, malgré que la circulation et la respiration soient accélérées, l'insuffisance de l'oxygène contenu dans une atmosphère dilatée développe une anémie constitutionnelle que le docteur Jourdannet a qualifiée du nom d'*anoxyhémie*.

Dans les altitudes, la digestion, l'exercice musculaire et l'abaissement de la température augmentent et accélèrent l'exhalation de l'acide carbonique.

Le séjour des altitudes rend les inspirations non seulement plus fréquentes, mais aussi plus profondes, d'où résulte une augmentation de la capacité et de la circonférence thoracique.

Un séjour temporaire ou permanent des altitudes moyennes situées au-dessous de 2000 mètres exerce une action stimulante sur toutes les fonctions.

Les hautes et moyennes altitudes ont une influence prophylactique et thérapeutique sur la phthisie pulmonaire.

— M. Paul Bert partage les opinions émises par M. Lombard sur la question des altitudes. Il s'agit là d'une question complexe qui a fourni matière aux théories les plus variées, émises par des médecins, des hygiénistes, des physiciens, des voyageurs s'inspirant presque toujours dans leurs explications de leurs études habituelles. La plus célèbre de ces théories peut se formuler ainsi: L'atmosphère, a-t-on dit, exerce sur le corps humain un poids de tant de kilogrammes à telle altitude. En s'élevant à une certaine hauteur, cette charge diminue d'autant. Il s'ensuit que les fluides intérieurs de notre organisme retenus en place par la pression qu'ils subissent dans les circonstances habituelles, trouvent à s'échapper au dehors lorsque cette pression diminue; de là les accidents connus sous le nom de mal des montagnes.

Cette théorie, et toutes les autres émises sur la même question, sont tombées devant l'expérience bien connue de M. Paul Bert, qui démontre que notre organisme supporte impunément des abaissements de pression jugés incompatibles avec la persistance de la vie, à condition qu'on lui fournisse une certaine quantité d'air à respirer.

Lorsqu'on a su que l'oxygène en suspension dans notre sang est intimement lié à la matière colorante des globules rouges, on a cru pouvoir en conclure que les modifications de la pression extérieure étaient sans influence sur la quantité d'oxygène combinée avec l'hémoglobine; c'était là une erreur. Quand la pression atmosphérique diminue, l'hémoglobine abandonne une certaine quantité de

son oxygène de combinaison. Voilà pourquoi les abaissements de la pression extérieure développent dans notre organisme des accidents comparables à ceux de l'asphyxie. Le mécanisme des accidents connus, le remède à leur opposer s'impose. Puisque sous l'influence de la décompression l'hémoglobine cède une partie de son oxygène, pour combattre l'asphyxie qui en résulte il faut faire respirer à l'organisme plongé dans une atmosphère raréfiée deux fois plus d'oxygène que n'en contient l'air dans les circonstances normales. L'expérience a démontré l'exactitude de ce raisonnement, comme on peut s'en convaincre en se plaçant dans une cloche fermée dont on raréfie l'air, comme s'en sont convaincus les aéronautes qui se sont élevés à de très grandes hauteurs sans éprouver d'accidents, en recourant à des inhalations d'oxygène. Evoquant le souvenir de la malheureuse ascension où Sivel et Crocé-Spinelli ont payé de leur vie leur dévouement à la science, M. Paul Bert rétablit la vérité des faits méconnus par les récits qui ont été donnés de cette expédition malheureuse, en constatant que les aéronautes n'ont pu faire usage de l'oxygène qu'ils avaient d'ailleurs emporté en quantité insuffisante. Voilà ce qu'atteste un des survivants, M. Tissandier.

Les hygiénistes n'ont guère à s'occuper que de l'influence des altitudes ne dépassant pas 3,000 à 4,000 mètres. L'expérience démontre que l'homme se trouve très bien du séjour aux altitudes qui ne dépassent pas 1,000 à 2,000 mètres ; la cavité thoracique se dilate et tandis que la quantité d'oxygène fixée par l'hémoglobine des hématies ne diminue pas sensiblement, le sang se débarrasse avec plus de facilité de l'acide carbonique. Les altitudes plus élevées, 3,000 à 4,000 mètres, exigent une certaine accoutumance. L'Européen qui arrive à La Paz est exténué après avoir fait trente pas, tandis qu'à côté de lui l'indigène marche à son aise et ne se ressent en rien de la diminution de la pression atmosphérique. Les raisons de cette accoutumance sont vraisemblablement multiples :

On peut croire à un meilleur usage des forces, conséquence de l'adaptation au milieu nouveau ; à une expansion du thorax ; à une dénutrition moins active, et aussi à une aptitude plus grande des globules rouges à fixer l'oxygène. L'exactitude de cette dernière supposition a été démontrée par les expériences de M. Paul Bert. Ces faits, a ajouté le savant physiologiste, sont consolants pour l'avenir. Les astronomes nous ont prédit une époque, lointaine sans doute, où, par suite de l'extinction croissante du feu central, l'air, gagnant de plus en plus les profondeurs du globe, ne se rencontrerait plus à la surface en quantité suffisante pour l'entretien de la vie. En admettant que ces prédictions pessimistes reposent sur une base sérieuse, il y a lieu d'espérer qu'il se produira pour nos descendants le phénomène que nous observons sur les habitants des Cordillières, une adaptation de l'organisme et des globules rouges en particulier à la diminution croissante de la pression extérieure.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Paul Bert de son intéressante communication.

M. le docteur W. MARCET (de la Société royale de Londres) pense que l'on souffre moins de la fatigue musculaire ou de la dépression barométrique dans les ascensions rapides de montagnes, que du froid ou plutôt du manque de chaleur. Ainsi l'on est moins péniblement affecté du mal de montagne lorsque l'on grimpe sur une face exposée au sud que si on fait l'ascension de la même montagne par le côté exposé au nord. C'est que l'on a plus de chaleur dans le premier cas. M. Marcet conseillerait donc l'emploi du chlorate de potasse pour fournir de l'oxygène et par contre de la chaleur aux ascensionnistes.

M. Marcet termine en constatant que ce sont les altitudes moyennes qui ralentissent les ravages de la phtisie pulmonaire.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 septembre 1882. — Présidence de M. E. BLANCHARD.

CHIRURGIE. — SUR UNE NOUVELLE AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR. — Note de M. DESPRÈS, présentée par M. GOSSELIN.

Dans les cas de broiement de l'épaule avec large plaie, des chirurgiens anglais et un chirurgien français, M. Parise, ont pratiqué l'ablation du bras avec l'omoplate qu'ils ont enlevée par morceaux; c'était en réalité une régularisation d'une plaie avec résection de l'omoplate. D'autres chirurgiens ont enlevé le bras d'abord, puis ont enlevé ensuite l'omoplate, tout ou partie, à plusieurs semaines ou mois d'intervalle.

Pour un cas d'ostéosarcome de l'omoplate, j'ai conçu et exécuté avec succès l'*amputation de l'épaule*, c'est-à-dire l'ablation du bras avec l'omoplate et une partie de la clavicule.

Voici le procédé opératoire que j'ai employé :

Premier temps. — Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes par le procédé classique; ligature double, afin de se prémunir contre les hémorrhagies secondaires.

Deuxième temps. — Incision en raquette partant du milieu de l'espace qui sépare la saillie des apophyses épineuses des vertèbres, du bord interne de l'omoplate, au niveau de l'épine de l'omoplate, en suivant le dos, contournant la partie saillante de l'épaule et passant sous l'aisselle au milieu des poils, puis revenant sur le dos rejoindre l'incision près du point de départ.

Troisième temps. — Dissection d'un lambeau supérieur sans communiquer avec la plaie de la ligature de la sous-clavière.

Quatrième temps. — Section de la clavicule aussi près que possible de sa partie moyenne.

Cinquième temps. — Ligature de la veine axillaire.

Sixième temps. — Détacher l'omoplate en sectionnant le grand et le petit pectoral et le grand dorsal, et en coupant ensuite les muscles, insérés sur l'omoplate, que l'on sectionne en luxant cet os en arrière.

On lie la scapulaire commune si elle donne encore. On réunit ensuite la plaie à l'aide d'une suture, sauf dans l'angle qui correspond à l'aisselle.

Les dangers de cette opération consistent : 1o dans la perte abondante de sang veineux ; 2o dans la possibilité de l'entrée de l'air dans la veine axillaire ; mais ces accidents ne sont pas infailliblement mortels. Chez mon malade, il y a eu une syncope et un état asphyxique avec écume aux lèvres, qui n'étaient point toutefois liés à l'absorption du chloroforme : le malade est revenu à lui. En le plaçant la tête en bas, nous avons vu la respiration se rétablir régulièrement.

Une complication ultérieure se présente aussi : l'extrémité de la clavicule fait saillie sous la peau et finit par la perforer. Mais je pense qu'il vaut mieux subir cette complication que d'enlever la totalité de la clavicule. En effet, sans compter que la plaie de la ligature serait alors confondue avec la plaie de l'amputation, et pourrait participer à la suppuration qui ne manquerait pas de gagner la poitrine, il y a intérêt à conserver un peu de la clavicule pour couvrir la partie supérieure du thorax.

Cette opération convient dans les cas de cancer de l'omoplate; elle est moins grave que l'ablation de l'omoplate en laissant le bras. Elle convient encore dans les cas de tumeur blanche de l'épaule avec lésions étendues de l'omoplate. Chez les sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, elle donnera des succès nombreux.

Comme pansement, l'immobilisation de la plaie avec une large bande de diachylum est ce qu'il y a de mieux pour les huit pre-

miers jours; plus tard j'ai employé les cataplasmes et le pansement simple. Le malade, opéré le 19 juin, a eu sa plaie tout à fait cicatrisée le 19 août. Il attend aujourd'hui la confection d'un membre artificiel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1882. — Présidence de M. HENRI BOULEY.

La correspondance non officielle comprend :

1o Une lettre de remerciements de M. le docteur Mayor, lauréat de l'Académie.

2o Une lettre de M. le docteur Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, relative au moyen d'éviter, dans les épidémies de choléra, les inhumations d'individus encore vivants.

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Droixhe, de Huy (Belgique), une brochure intitulée : *Généralités sur la médecine pratique de l'enfance.*

M. POLAILLON présente, au nom de Mme Madeleine Brés, docteur en médecine, un travail manuscrit intitulé : *Analyse du lait des femmes Galibis du Jardin d'acclimatation.*

M. JULES ROCHARD présente, au nom de M. le docteur Bérenger-Féraud, membre correspondant, un volume intitulé : *Traité théorique et clinique de la dysentérie.*

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente, au nom de M. le docteur Jacolot (do Lorient), une brochure intitulée : *Trachéotomie et laryngotomie d'urgence avec le trocart-trachéotome.*

— M. BLOT demande la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, pour soumettre à l'Académie les réflexions qui lui ont été suggérées par les remarques dont M. Henri Bouley a fait suivre la note de M. Peuch (de Toulouse) sur l'injection sous-cutanée du virus de la clavelée, atténué par dilution. M. Bouley a dit, en parlant des recherches de M. Peuch : « Il y a là une indication toute naturelle, pour les médecins qui exercent en Afrique, de répéter sur la population arabe, avec le virus varioleux atténué par dilution, les injections sous-cutanées de ce virus varioleux, pour remplacer la vaccination à laquelle elle ne se soumet pas volontiers. »

M. Blot s'élève contre cette proposition faite à nos confrères d'Afrique. D'abord cette résistance des Arabes à la vaccination a cessé depuis longues années, comme le prouvent les très nombreux travaux adressés chaque année sur ce sujet par les médecins de l'armée.

C'est par vingtaine et trentaine de mille qu'ils inoculent les indigènes avec le vaccin que l'Académie leur adresse. Grâce à cette sage pratique, ils ont pu, maintes et maintes fois, enrayer des épidémies varioleuses très graves, qui menaçaient de faire de nombreuses victimes parmi nos colons et nos soldats.

En second lieu, si le conseil de M. Bouley était suivi, on ne ferait ni plus ni moins que substituer à la vaccine, comme moyen prophylactique de la variole, le virus varioleux. Or, c'est là une idée dangereuse, même en employant ce virus dilué, dont l'action peut varier suivant les différents individus. Cette pratique est dangereuse pour l'inoculé et pour ceux qui l'entourent.

En effet, on ne peut prévoir d'avance ce que produiraient les injections du virus varioleux même dilué. M. Bouley a dit lui-même que les expériences de M. Peuch sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Il serait donc illogique et blâmable de faire des expériences sur des êtres humains, alors que nous possédons un moyen inoffensif et qui a fait ses preuves.

Nos confrères d'Afrique doivent donc attendre prudemment que la démonstration soit *parachevée* et encore, même à ce moment, M. Blot ne voit pas bien en quoi quelques cicatrices vaccinales, que laissera l'opération de Jenner, peuvent être comparées aux accidents graves, locaux ou généraux, auxquels pourront donner lieu les injections sous-cutanées de virus varioleux, même atténué par dilution.

De plus, M. Blot ne voit pas comme on pourra faire ces injections sous-cutanées, sans cautériser la plaie d'entrée qu'on sera nécesssairement obligé de faire.

Il ne faut pas, d'ailleurs, oublier l'un des facteurs du problème, la *récepticité individuelle* si variable, pour se laisser entraîner à ne considérer que les caractères du virus qu'on veut inoculer. Or, comment savoir d'avance le degré de réceptivité, pour la variole, des individus que l'on soumet à la *variolisation*. Et si cette détermination ne peut pas être faite d'avance, cela n'impose-t-il pas l'obligation rigoureuse de ne rien faire au delà des limites que la prudence la plus élémentaire ne doit pas dépasser, surtout quand on a à sa disposition un moyen aussi sûr, aussi efficace et d'une application aussi simple que la vaccine.

Nous n'avons donc, dans l'état actuel de la science, aucun prophylactique de la variole qui puisse être sagement préféré à la vaccine.

M. BOULEY se réserve de prendre la parole dans la prochaine séance pour répondre à M. Blot.

M. JULES GUÉRIN fait remarquer à M. Blot que le procédé des injections sous-cutanées, tel qu'il l'a conseillé et pratiqué, n'expose nullement à la contamination de la plaie d'entrée, puisque l'injection se fait après que la plaie sous-cutanée a été opérée à l'aide d'un instrument différent de celui qui sert à pratiquer l'injection.

— M. TARNIER fait une communication sur l'allaitement des enfants. Il commence par faire le procès du biberon auquel il préfère de beaucoup la cuiller ou la timbale quand l'enfant ne peut pas être nourri au sein.

Toutes les variétés de lait conservé, bonnes peut-être pour les adultes ou les navigateurs, ne valent absolument rien pour les enfants nouveau-nés. Dans la pensée de M. Tarnier, rien ne vaut l'allaitement maternel, qui est, de l'avis de tous les médecins, sans comparaison possible avec les autres modes d'allaitement.

L'allaitement artificiel à Paris a donné des résultats désastreux, ainsi que le démontrent les chiffres communiqués par M. Bertillon.

En 1881, il y a eu à Paris 61,856 naissances; sur ce nombre, 14,571 enfants ont été envoyés en nourrice hors Paris, et 46,285 sont restés à Paris.

Sur ces 46,285 enfants restés à Paris, 10,180 sont morts, soit une mortalité de 22 p. 100.

Sur ces 10,180 enfants, 5202 (plus de la moitié) meurent par athrepsie, c'est-à-dire de mauvaise alimentation. Or, sur ces 5,205 enfants, morts d'athrepsie, 3,067 étaient nourris au biberon.

L'orateur montre ensuite, dans une causerie familière, pleine d'humour et de verve, qui pourrait être intitulée : « Exposé critique du bilan de nos ignorances sur les conditions d'un bon allaitement artificiel, l'incertitude de la science sur ce sujet si important. Il termine par les conclusions suivantes :

1o La vie des enfants du premier âge ne peut être bien sauvegardée que par l'allaitement maternel. Celui-ci doit donc être encouragé par tous les moyens possibles.

2o Si le lait de la mère est insuffisant, il convient d'y suppléer par l'allaitement mixte.

3o L'allaitement par une nourrice, favorable pour le nourrisson qui est allaité, est dangereux pour l'enfant de la nourrice.

4o L'allaitement artificiel est de beaucoup inférieur à l'allaitement par le lait de la femme; il est toujours entouré de grands dangers, quoi qu'on fasse et quel que soit le lait employé en quelque lieu ce soit; il ne faut donc y avoir recours que lorsqu'il est absolument impossible de faire autrement.

5o Pour tâcher d'amoindrir les dangers fatalement inhérents à

l'allaitement artificiel, il serait très utile que les nombreuses questions qui s'y rattachent pussent être expérimentalement étudiées par l'Académie elle-même.

6o Il est à désirer qu'une étable d'essai, pour vaches et ânesses, soit établie dans l'un des quartiers de Paris et fournisse gratuitement aux familles pauvres de ce quartier le lait destiné aux enfants du premier âge.

7o Une statistique comparative montrera bientôt quelle influence le lait fourni par l'étable d'essai peut avoir sur la mortalité des enfants ; si la statistique était favorable, la création d'étables modèles serait généralisée dans la ville de Paris suivant les besoins de la population.

8o Une crèche destinée à recueillir les enfants abandonnés serait annexée à l'étable d'essai. Ces enfants y seraient élevés au moyen de l'allaitement artificiel, sous la direction d'une Commission nommée par l'Académie et chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel. Cette crèche serait supprimée dès que la Commission aurait terminé son travail. (Applaudissements répétés.)

— L'Académie procède à la nomination de diverses Commissions de prix pour 1882. Voici les résultats du scrutin :

Prix de l'Académie. — MM. Robin, Lancereaux et Vulpian.
Prix Portal. — MM. Sappey, Peter et Parrot.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Baillarger et Jaccoud.
Prix Capuron. — MM. Blot, Depaul et Tarnier.
Prix Barbier. — MMM. Bourdon, Ernest Besnier et Bouley.
Prix Godard. — MM. Hardy, Hérard et Montard-Martin.
Prix Desportes.—MM. Dujardin-Beaumetz, G. Paul et Oulmont.
Prix H. Buignet. —MM. Regnauld, Gautier et Baudrimont.
Prix Bard. — MM. Empis, Marrotte et Noël Gueneau de Mussy.
Prix Falret. — MM. Lassègue, Blanche et Mesnet.
Prix de l'Hygiène de l'enfance. — MM. de Villiers, Lagneau et Roussel.
Prix Saint-Paul. — MM. Bergeron, H. Roger et Guéniot.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE

Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, par le docteur Paul Richer, précédées d'une préface de M. le professeur Charcot. — Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, libr.-édit.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de l'hystéro-épilepsie distinguent deux formes principales de cette névrose. Dans la première, *hystéro-épilepsie à crises distinctes*, les accidents convulsifs sont de deux sortes : il y a tantôt des accès d'hystérie, tantôt des accès d'épilepsie. Dans la seconde, *hystéro épilepsie à crises combinées*, les convulsions, dans un même accès, prennent successivement les caractères de l'hystérie et de l'épilepsie. C'est de cette dernière forme que s'occupe spécialement M. Richer dans son remarquable ouvrage.

Ce livre, fruit de recherches longues et laborieuses, a été rédigé sous l'inspiration de M. le professeur Charcot, qui, dans une courte mais substantielle préface, résume les idées principales qu'il renferme et les convre de son approbation.

La première partie est consacrée à l'étude de la grande attaque hystérique en elle-même. Toutes les périodes en sont décrites avec l'exactitude la plus scrupuleuse. Grâce aux figures dessinées d'après nature par l'auteur lui-même avec un talent au-dessus de tout éloge, le lecteur peut suivre avec la plus grande facilité toutes les phases de la crise. L'intérêt du texte se trouve ainsi accru dans des proportions dont il est aisé de se faire une idée. Les mouvements convulsifs, les contractures, les attitudes passionnelles variées, on les a là sous les yeux pendant qu'on en lit la description. On saisit ainsi bien plus sûrement et l'ensemble et les détails de cette bizarre affection, dont l'étude complète ne remonte qu'à ces derniers temps.

La deuxième partie comprend la description des variétés dérivant du type principal de la grande attaque. L'auteur les subdivise de la manière suivante :

A. Variétés résultant de modifications survenues dans les symptômes déjà existants : *attaque épileptoïde, attaque de contorsion ou démoniaque, attaque d'extase, attaque de délire*.

B. Variétés résultant de l'immixtion de phénomènes habituellement étrangers à l'attaque : *attaque de léthargie, attaque de catalepsie, attaque de somnambulisme*.

Dans un chapitre spécial, l'auteur fait ressortir les analogies qui existent entre le délire hystérique et les troubles cérébraux occasionnés par l'absorption de l'alcool, de l'absinthe, de l'opium et du haschisch.

Dans la troisième partie, M. Richer s'occupe de quelques-uns des symptômes permanents de la grande hystérie, en les rapprochant des expériences récentes sur l'action des agents aesthésiogènes.

La quatrième partie est surtout consacrée au diagnostic et au traitement. L'auteur insiste sur le diagnostic différentiel de l'hystéro-épilepsie et de l'épilepsie véritable, point qui l'emporte sur tous les autres dans la pratique. Quant au traitement, l'opinion de M. Richer est que l'hystéro-épilepsie, malgré ses allures effrayantes, n'est pas au-dessus des ressources de l'art. Le plus souvent elle peut guérir par un traitement approprié et méthodique. Parmi les médications, il en est une qui mérite toute l'attention : c'est l'électrisation statique, expérimentée pour la première fois par M. Vigouroux dans le laboratoire de M. Charcot.

L'auteur a rassemblé dans un appendice un certain nombre de notes historiques puisées dans les anciens auteurs et relatives aux possédés, aux convulsionnaires et aux extatiques. On peut, en lisant ces pages intéressantes, saisir le lien qui réunit tant de faits qu'on rangeait autrefois et qu'on range parfois encore dans le domaine du merveilleux. L'hystérie n'est pas un produit de notre époque, comme dit M. Richer; elle a toujours existé ; mais, dans des siècles d'ignorance, elle a donné lieu à des méprises toujours regrettables, souvent terribles dans leurs conséquences.

D'après le court aperçu que nous venons de donner de ces pages si intéressantes, le lecteur peut, croyons-nous, se faire une idée de l'ensemble de l'ouvrage. C'est un livre qui mérite d'être beaucoup lu, et aussi beaucoup retenu. Du reste, le succès qui l'a accueilli dès son apparition confirme pleinement notre humble appréciation.

Dr Gaston Decaisne.

ERRATA

Dans le travail du docteur Burq sur la gymnastique, que nous avons publié samedi 23 septembre (no 38), il s'est glissé des erreurs dans les fractions de la cote des forces musculaires qui pourraient faire croire que l'auteur affiche des prétentions à une précision

dynamométrique qu'aucun dynamomètre ne peut donner. Négliger ces fractions et s'en tenir aux chiffres ronds des cotes dynamométriques.

Dr V. Burq.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — M. le docteur Guérineau, directeur de l'École de médecine de Poitiers et professeur de clinique chirurgicale, vient de succomber à l'âge de 66 ans, aux suites d'une attaque d'apoplexie pulmonaire.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Carrère, décédé à Esternay, à l'âge de 80 ans.

***

Position d'administrateur-médecin est offerte dans une compagnie d'assurances à un médecin pouvant souscrire pour 10,000 fr. d'actions payables : 5,000 fr. comptant et 5,000 fr. à termes.

Situation sérieuse, honorable et indépendante.

S'adresser par lettre à M. Haag, 12, rue Lacondamine, Paris. (Se hâter.)

***

Épidémies. — D'une dépêche de Manille, il résulterait que l'épidémie cholérique serait entrée dans une période de décroissance véritable. Depuis son apparition jusqu'à ce jour, c'est-à-dire dans l'espace de cinq semaines, 300 Européens seulement ont succombé contre 17,000 indigènes. Tous les bâtiments venant de Manille, de Suez et d'Egypte sont soumis à une quarantaine rigoureuse.

On nous annonce aussi que le gouvernement tunisien a imposé une quarantaine de cinq jours à toutes les provenances de Malte. Du reste, tous les gouvernements intéressés s'empressent de prendre les mesures nécessaires pour prévenir l'épidémie cholérique.

Enfin, sur le rapport de M. le docteur Bourru, professeur à l'École navale, le Congrès de géographie de Bordeaux a émis le vœu qu'il soit institué un service sanitaire extérieur chargé de signaler au gouvernement français tous les cas de fièvre jaune.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques est composé de la manière suivante pour l'année scolaire 1882-1883.

Histologie : Chef des travaux, M. Cadiat, professeur agrégé ; préparateurs, MM. Gaucher et Variot.

Anatomie pathologique : Chef des travaux, M. Gombault ; préparateur, M. Brissaud.

Physiologie : Chef des travaux, M. Laborde ; préparateurs, MM. Dassy et Rondeau.

Histoire naturelle : Chef des travaux, M. Faguet ; préparateurs adjoints, zoologie, M. Brumoult de Montgazon ; botanique, MM. Beauvisage et Durand.

Physique : Chef des travaux, M. Gay, professeur agrégé ; préparateurs, MM. Sandoz et Bagneris.

Chimie : Chef des travaux, M. Gautier ; préparateur, M. Etard ; préparateurs-adjoints, MM. Beniont et Villain.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 5 septembre 1882, M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Berger, agrégé près ladite Faculté.

M. Würtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Henninger, agrégé près ladite Faculté.

M. Gariel, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883, et est chargé pendant ce temps du cours auxiliaire de physique à ladite Faculté.

M. Rendu, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie interne à ladite Faculté.

M. Terrillon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie externe à ladite Faculté.

Sont chargés, pendant l'année scolaire 1882-1883, à la Faculté de médecine de Paris, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Joffroy, anatomie pathologique.
Charpentier, accouchements.
Cadiat, physiologie.
Henriot, chimie.
Bocquillon, histoire naturelle.

***

Facultés de médecine. — Le ministre de l'instruction publique a envoyé aux recteurs la circulaire ci-après :

« Monsieur le recteur,

« Le décret du 20 juin 1878 a imposé aux aspirants au doctorat en médecine l'obligation de justifier des diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint pour pouvoir prendre la première inscription au premier trimestre de l'année scolaire.

« Cependant, par application du règlement du 10 août 1877, il a été possible, pendant la période transitoire, d'autoriser un certain nombre de jeunes gens, admis seulement au deuxième baccalauréat pendant la session extraordinaire de mars-avril, à prendre soit la première, soit les deux premières inscriptions.

« Cette facilité donnée aux étudiants de commencer leurs études au milieu de l'année, outre qu'elle a pour effet d'abréger le temps de scolarité, aurait pour résultat, si elle était maintenue, de rétablir en fait le régime d'études que le décret de 1878 a eu précisément pour but de supprimer.

« J'ai soumis ces observations au Conseil supérieur de l'instruction publique dans sa dernière session, et, conformément à son avis, j'ai, par arrêté en date du 21 juillet dernier, rapporté le règlement du 10 août 1897. En outre de l'abrogation de ce règlement, cet arrêté confirme les dispositions antérieures aux termes desquelles les étudiants en médecine et en pharmacie ne peuvent en aucun cas commencer leurs études après le 15 janvier. Cet arrêté devra être porté à la connaissance des étudiants dans le plus bref délai.

« J'ajoute, pour compléter ces instructions, que le décret du 20 juin 1878 a implicitement abrogé l'article 3 de l'arrêté du 24 janvier 1859, aux termes duquel le diplôme de bachelier ès sciences restreint ne pouvait être accordé qu'aux élèves justifiant de deux inscriptions de doctorat. Rien ne s'oppose donc à ce qu'à l'avenir ce diplome soit livré à l'impétrant sans qu'il justifie de ces deux inscriptions. »

***

École de médecine d'Alger. — A la suite des concours de 1882, les prix suivants ont été décernés :

Médecine. Prix : M. Ramakers (3e année) ; mention honorable : M. Guérin (2e année).

Pharmacie. Prix : M. Moulins (2e année) ; mention honorable : M. Boisse (1re année).

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1882, chefs de clinique médicale :

MM. Dalledet et Cayla; chefs de clinique chirurgicale : MM. Chevalier et Courtin; chef de clinique obstétricale : M. Hirigoyen; chef de clinique obstétricale adjoint : M. Rivière.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Il sera ouvert au mois de novembre plusieurs concours pour le clinicat, savoir : 1o Clinique médicale ; 2o Maladies mentales ; 3o Maladies syphilitiques et cutanées.

***

ASILES DES ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — M. le docteur H. Taguet est nommé médecin en chef, en remplacement de M. Lagardelle, décédé.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Par arrêté en date du 7 septembre, le ministre de l'instruction publique a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, sera ouvert le 12 mars 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

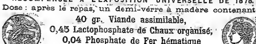
392. M. Ernault. Des conditions étiologiques de la pathologie de la race nègre. — 393. M. Luquet. Les altérations musculaires se rattachant à la fièvre typhoïde. — 394. M. Haranger. Endocardite congénitale du cœur gauche. — 395. M. Coudrin. Contribution à l'étude du pneumothorax. — 396. M. Parmilleux. Névralgie vulvo-vaginale. — 397. M. Deniau. De la pilocarpine. Son action. Son emploi dans la thérapeutique oculaire. — 398. M. Mieussens. De la dégénérescence graisseuse du cœur. — 399. M. Rome. La pleurotomie et le traitement rationnel de la pleurésie purulente. — 400. M. Laporte. Réflexions cliniques sur 34 cas de fièvres typhoïdes.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 15 SEPTEMBRE AU JEUDI 21 SEPTEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 75. — Variole 10. — Rougeole 5. — Scarlatine 0. — Coqueluche 2. — Diphthérie, croup 27. — Dysenterie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 171. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 60. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 8. — Pneumonie 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 83, — au sein et mixte 63. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 65. — de l'appareil circulatoire 52. — de l'appareil respiratoire 51. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 4. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 44. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 991 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 5 octobre 1882

Académie de médecine. — LES PROJETS DE VARIOLISATION DE M. BOULEY. — TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE PAR LE PROCÉDÉ DE L'INCISION LARGE.

Les Arabes de notre colonie algérienne se montraient autrefois très réfractaires à la vaccine. Des préjugés de secte leur inspiraient une grande répugnance pour une pratique qui tendait, à leurs yeux, à inoculer au fils de Mahomet le sang impur du *giaour*, M. Larrey, M. Perrin, qui ont vécu au milieu des Arabes, ont affirmé devant l'Académie qu'il en était ainsi au temps passé. Mais les choses ont bien changé depuis. La variole règne en quelque sorte à l'état endémique parmi les tribus arabes, et elle exerce parmi elles des ravages incessants. Devant l'évidence des vertus prophylactiques de la vaccine, les préjugés sont tombés. Aujourd'hui, c'est par milliers que les Arabes se soumettent à la vaccination entre les mains de nos confrères de l'armée.

Aussi, quand M. Bouley, prenant motif d'une situation qui n'existe plus, a proposé d'étendre aux Arabes de l'Algérie les avantages que M. Peuch prétendait naguère avoir tiré de la méthode de l'atténuation des virus, appliquée à la clavelisation des moutons, il s'est heurté à une opposition générale et presque violente. On lui a objecté que mettre sa proposition en pratique serait à la fois superflu, parce que le nombre des Arabes réfractaires à la vaccine est devenu insignifiant; dangereux, parce que la variolisation, sous toutes ses formes, sème et répand le germe variolique; impolitique, parce qu'on s'aventurait à tenter sur des Arabes des expériences qu'on n'entreprendrait certes pas sur des Européens, et, ce faisant, on aurait l'air de traiter les premiers comme une espèce à part, lorsque déjà tant de liens étroits les rattachent à notre race française.

Il faut reconnaître cependant que dans les termes dans lesquels elle était présentée, la proposition de M. Bouley n'était pas de nature à légitimer des protestations si violentes. Il y a, disait M. Bouley, des Arabes qui ne veulent pas se laisser vacciner; ceux-là ont recours à la variolisation pour se prémunir contre la contagion. Or la variolisation implique des dangers souvent graves; ne pourrait-on pas la rendre inoffensive en substituant à l'emploi d'un virus *fort* celui d'un virus faible, c'est-à-dire dilué, et à l'inoculation ordinaire l'inoculation sous-cutanée? L'Académie n'a pas voulu entrer en composition, accusant seulement M. Bouley de toutes sortes de noirceurs, comme de vouloir faire tort à la vaccine, de sacrifier la vie de nos semblables à des enthousiasmes irréfléchis, de prendre ces bons Arabes pour tout autre chose que des hommes, que sais-je encore... Le brillant académicien a eu beau protester de ses bonnes intentions et de son zèle pour la vaccine, recourir aux atténuations pour rendre sa proposition

FEUILLETON

A travers l'exposition d'hygiène de Genève

Si mes lecteurs le veulent bien, je vais essayer de les diriger dans une promenade à l'Exposition d'hygiène de Genève.

Oh! chers lecteurs, soyez tranquilles, je ne vous la ferai pas visiter dans tous ses détails, tant s'en faut. Nous nous contenterons de parcourir rapidement cette vaste salle empruntée au Manège militaire, jetant un coup d'œil à droite et à gauche et ne nous arrêtant qu'à bon escient et seulement quelques instants.

Songez donc que dans cette salle où 389 exposants ont réuni leurs produits, le visiteur rencontre presque pêle-mêle du lait suisse condensé, des traités d'hygiène et quelques pas plus loin une série de réduction d'égoûts. Puis des bancs d'écoliers et des chaussures de militaires, des pharmacies portatives et des cartes de mortalité; de la flanelle de santé à côté des ingénieuses tables chirurgicales imaginées par M. le professeur Julliard (de Genève et si avantageuses au point de vue de la propreté, et, tout proche, la couveuse artificielle de M. Tarnier. Puis ce sont des modèles de boîtes de secours, lesquelles coudoient des chaufferettes, qui ellesmêmes sont voisines de casques hygiéniques et d'appareils hydrothérapiques.

Il semble au premier abord qu'on n'a cherché à mettre aucun ordre dans ce désordre; car si à droite de la porte d'entrée on trouve du bitter hygiénique, à gauche on trouve des plans d'hôpitaux, puis du biscuit, de la laine de scories, et, dominant le tout, les belles cartes de MM. Couette et Lacassagne représentant la répartition des diverses formes de criminalité dans tous nos départements.

Mais aussi quelles difficultés n'ont pas eu à surmonter les organisateurs de cette exposition. Ils ont dû, pour ainsi dire, l'improviser.

Qu'on juge de leur embarras! A leur appel on leur envoie de tout et de tous les côtés. Quelle ligne de conduite va-t-on suivre? va-t-on faire une Exposition par ordre de nationalité? car, somme toute, chaque exposant ou à peu près appuie son exposition per-

plus inofensive, assurer qu'on ne varioliserait que les quelques Arabes qui se soumettraient sans répugnance à cette pratique, ceux-là seulement qui, touchés des bons sentiments de M. Bouley, réclameraient de leur propre chef ce bienfait nouveau, rien n'y a fait. L'Académie, sans pitié aucune, a mis en quarantaine la proposition de M. Bouley, et la nouvelle méthode, qui contient en germe tant de promesses et répand tant d'espérances, attendra une meilleure occasion avant de faire son entrée dans le monde de la pathologie humaine.

Cette discussion a remis en lumière une vérité presque aussi vieille que le monde, c'est qu'on n'est que trop disposé à refuser aux autres les libertés qu'on réclame pour soi. Assaillis par des interpellations continues, les différents orateurs qui se sont succédés à la tribune de l'Académie oubliaient bien vite, en regagnant leur place, les doléances qu'ils avaient fait entendre à ce sujet et ne se gênaient pas pour interrompre à leur tour.

Ce manque de discipline a été cause sans doute que M. Jules Guérin ait éprouvé quelque embarras pour se faire entendre sur sa manière de concevoir l'inoculation sous-cutanée; d'autres que nous auront peut-être mieux saisi sa pensée. Toujours est-il que lorsqu'il a voulu prendre sa revanche des interruptions qu'il avait eu à subir, il est allé au devant d'une défaite, car il avait affaire à forte partie. C'était au moment où M. Rochard rappelait l'attention de l'Académie sur le traitement des abcès du foie par l'incision large et par des lavages antiseptiques, et faisait connaître les résultats heureux que ce procédé préconisé par les médecins de Shanghaï a déja donnés en France. M. Jules Guérin a essayé d'intervenir pour réclamer la priorité de la découverte de l'appareil aspirateur Dieulafoy et celle de l'emploi du pansement antiseptique, pour affirmer la supériorité de son procédé opératoire par l'incision sous-cutanée, qu'il accusait M. Rochard de ne connaître que par ouï-dire, pour réhabiliter la ponction avec un gros trocart. Vains efforts ! M. Rochard, lancé à toute vapeur, et sans perdre un seul instant le fil de son discours, réduisait à néant ces interruptions auxquelles il laissait à peine le temps de parvenir à son oreille, exposait à M. Guérin que, depuis trente ans et plus, il avait éprouvé l'insuffisance de l'incision sous-cutanée et de la ponction avec un trocart de n'importe quel calibre, mettait une certaine onction à prêcher la résignation à son interrupteur et à lui montrer dans le pansement antiseptique, tel qu'il est manié par la génération contemporaine, une ressource incomparable, car elle rend inoffensives des opérations qui étaient encore très meurtrières du temps du pansement antiseptique de M. J. Guérin. L'Académie, surprise autant que charmée par l'élocution aussi entraînante que volubile de M. Rochard, a mis quelque temps à reprendre haleine, et elle a oublié d'applaudir.

E. R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL NECKER. — M. BOUILLY

RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL DU RECTUM. — Leçon clinique recueillie par M. ASSAKY, interne du service.

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui de cette jeune fille, âgée de vingt ans, couchée au no 16 de la salle Sainte-Marie, et qui présente depuis plusieurs années des troubles de la défécation. Toute sa maladie est comprise dans ces deux mots : constipation et déformation des matières.

Messieurs, il ne s'agit pas là d'une de ces formes de constipation opiniâtre fréquente chez les femmes, véritable dyspepsie intestinale en rapport avec un état d'atonie des intestins.

Un examen local rapide fait voir que cette constipation accompagnée d'une déformation des matières a sa raison d'être dans un obstacle matériel.

Lorsqu'on examine la région anale, on voit à l'entrée de l'anus quelques hémorrhoïdes anciennes, flétries, appartenant à la variété à laquelle les anciens ont donné le nom de marisques ; on ne trouve dans la région ni trajets fistuleux, ni cicatrices ; l'anus est bien conformé et ne présente aucune trace d'induration à son pourtour.

Le toucher rectal donne des renseignements précieux. Le doigt introduit dans le trajet anal le parcourt librement dans une étendue de trois centimètres sans rencontrer autre chose qu'une petite hémorrhoïde interne pédiculée : mais, au bout de cette distance, il est arrêté par un obstacle, par deux brides latérales circonscrivant un orifice central et formant un dia-

sonnelle d'un prospectus rédigé tantôt en français, tantôt en allemand, d'autres fois en italien, etc. Il est bon de faciliter la visite de l'Exposition à chaque curieux. On a donc eu recours à un système mixte, et, après quelques tours dans cette grande salle, on finit par constater qu'on a fait pour le mieux. Les plans d'écoles, ceux de Paris comme ceux de Genève, sont dans la même section de la salle, à côté du mobilier scolaire. Les modèles de tables et de bancs, qu'ils soient de Bâle, de Neufchâtel, de Berne, de Paris, de Genève ou du Havre, sont rapprochés les uns des autres. Si tout près de là se trouvent des spécimens de prison cellulaire, c'est qu'en réalité, au point de vue hygiénique pur, il n'y a pas loin de l'école à la prison! Et les hôpitaux ne doivent-ils pas se rapprocher des prisons? Et pourquoi, à côté de ces hôpitaux, qui sont des sources permanentes d'exhalaisons délétères, ne mettrait-on pas le résultat des travaux de l'Observatoire de Montsouris sur la composition de l'air? Et dans le voisinage de l'air était-il déplacé de montrer des modèles d'égouts perfectionnés et même des appareils de vidange.

Étant aux égouts il était naturel de faire voir le parti qu'on peut tirer des eaux d'égout. On a donc exposé des produits végétaux : superbes choux, carottes, artichauts, pommes de terre, tous récoltés dans la presqu'île de Gennevilliers arrosée par les eaux des égouts parisiens. Puis à côté se trouvent les plans merveilleux des travaux entrepris à Lille. Et voilà comment tout se tient quand on peut saisir le fil d'Ariane.

Ce fil, heureusement, on nous l'a mis en main, au moins en ce qui concerne l'exposition de la ville de Paris, on ne peut mieux soignée et des plus remarquables.

La ville de Paris et le Conseil municipal avaient pris soin, en effet, d'envoyer à Genève des délégués spéciaux, MM. Quentin, Bourneville, Loiseau, Cernesson, Napias, Girard, qui nous ont alternativement guidés dans cette exposition.

M. Cernesson nous a montré les améliorations des écoles municipales; M. Bourneville nous a décrit, les plans sous les yeux, les progrès de l'Administration hospitalière, les nouvelles constructions ou institutions, pavillons nouveaux, bibliothèques des malades et des internes. Puis il a cédé la parole à M. Tollet qui nous a expliqué son système de baraquement. M. Loiseau nous a exposé les améliorations récentes ou projetées des asiles d'aliénés. M. Napias nous a dévoilé tous les secrets de l'assistance à domicile,

phragme dans l'intérieur du rectum. Ces brides sont ainsi disposées : leur partie la plus large est située en arrière au niveau de la paroi postérieure du rectum ; sur les parties latérales elles vont en diminuant un peu de largeur, en avant elles s'effilent en pointes ; leur bord interne limite un orifice triangulaire à base postérieure, à sommet antérieur et ce point rétréci rappelle par son ensemble la conformation de la glotte; les brides représentent les cordes vocales, l'espace circonscrit l'orifice glottique. L'ensemble peut encore être comparé à l'entrée d'un vagin muni d'un hymen en croissant à concavité antérieure.

Si le doigt ne peut franchir entièrement cet orifice, on peut y engager la pulpe de l'index assez loin pour apprécier l'état des parties et de se rendre compte des particularités suivantes : la base de ce pli valvulaire est peu épaisse, elle mesure à peine quelques millimètres et les bords de la valvule, loin d'être irréguliers ou déchiquetés, présentent un contour parfaitement arrondi. La muqueuse a conservé ses caractères normaux ; elle est lisse et ne présente aucune trace d'induration pas plus d'ailleurs que le tissu sous-muqueux sur lequel on la fait glisser facilement.

J'insiste à dessein sur ces caractères de la muqueuse ; la muqueuse est à ce niveau saine, et c'est là une circonstance qui a son importance au point de vue de la pathogénie de la lésion qui nous occupe. Au-dessus, la muqueuse est également normale ; du moins on peut le supposer, la malade n'accuse aucun des signes auxquels on reconnaît facilement ces rectites provoquées par l'accumulation prolongée des matières fécales et qui s'accompagnent d'ulcérations plus ou moins étendues de la muqueuse et d'écoulements muco-purulents ou sanglants.

L'état général est très satisfaisant ; bien qu'elle ne soit pas grasse, notre jeune fille a un bon aspect de santé ; elle n'a d'ailleurs jamais été malade, et l'on ne trouve dans ses antécédents qu'une grossesse terminée par un accouchement normal. La malade avait alors quatorze ans ; c'est à quelque temps après cette époque qu'il faudrait faire remonter le début de ces troubles de la défécation. Les efforts nécessités par l'expulsion des selles ont déterminé une cystocèle vaginale et un certain degré de prolapsus utérin.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés réelles. Il s'agit bien évidemment d'un rétrécissement du rectum par une valvule, d'un rétrécissement valvulaire situé à la limite supérieure du trajet anal, au point où le rectum devient anus. Mais quelle en en est l'origine, quelle en est la nature ?

Nous pouvons éliminer de suite tous les rétrécissements de mauvaise nature, qu'ils soient dus à un cancer ou qu'ils soient nés sous l'influence de la syphilis ; il n'y a pas à y songer, il n'y a même pas à en parler.

Deux hypothèses seules peuvent être agitées. Ou nous avons affaire à un rétrécissement cicatriciel ou bien nous nous trouvons en présence d'un rétrécissement congénital. Or les rétrécissements cicatriciels se produisent dans un certain nombre de circonstances qui manquent entièrement chez notre malade, soit à la suite des lésions ulcéreuses de la dysenterie ou consécutivement à un traumatisme s'accompagnant ou non d'une perte de substance ou bien encore après une intervention chirurgicale. Aucune cause de cette nature ne peut être invoquée.

On ne peut pas songer davantage à cette variété de rétrécissement cicatriciel d'une origine particulière dont la pathogénie n'est bien connue que depuis les travaux de M. Lannelongue sur ce sujet ; je veux parler des rétrécissements qui surviennent chez les jeunes enfants à la suite de la chute du rectum, consécutive aux diarrhées un peu prolongées du jeune âge. La muqueuse rectale prolabée s'ulcère au contact de tous les corps qu'elle rencontre, et la réduction de cette muqueuse portant une ulcération de dimensions variables est suivie d'une cicatrice intra-rectale.

Mais, dans ce cas, la cicatrice siège en général sur un point assez élevé. On comprend, en effet, que la muqueuse rectale prolabée ne peut rester assez longtemps en dehors pour être ulcérée que si elle mesure une certaine étendue et qu'une fois réduite l'ulcération va, par conséquent, siéger à une certaine hauteur. Dans ses deux cas, M. Lannelongue a vu le rétrécissement siéger à cinq et six centimètres au-dessus de l'orifice anal. Notre rétrécissement ne se rapporte donc pas à cette variété, car il est situé à trois centimètres de l'orifice anal et il occupe le siège précis des rétrécissements congénitaux du rectum avec lesquels il a d'ailleurs plus d'un point de ressemblance.

Toutes les observations de rétrécissements valvulaires congénitaux ont la plus grande analogie avec notre cas et leur analyse démontre, qu'il s'agit presque toujours d'une bride ou

---

tous les rouages de la commission des logements insalubres, et les bienfaits des secours médicaux de nuit, cette merveille, innovation due à l'initiative d'un philantrope, M. Passant, institution qui rend chaque nuit de nouveaux services, et qu'on ne se contente pas d'admirer, qu'on imite. Témoin, M. Pacchiotti, qui l'a installée à Turin. Témoins encore la plupart des autres pays dont les uns ont commencé et dont les autres ne tarderont pas à nous l'emprunter. Puis M. Durand-Claye venant, de son éloquence entraînante, avec sa merveilleuse élocution et son esprit à saillies presque continues autant qu'imprévues, nous convertir à son système de *tout à l'égout* et à ses idées de distribution d'eau en abondance dans toutes les maisons.

M. Girard, enfin, nous exposant l'organisation du bureau municipal de chimie qu'il dirige à Paris et d'où sont déjà sortis un si grand nombre de services rendus tant à l'hygiène privée qu'à l'hygiène publique, tant à l'hygiène alimentaire qu'à l'hygiène générale.

Que de choses encore à signaler dans cette exposition et correspondant à toutes les branches de l'hygiène. Ici, pour la crémation, des appareils perfectionnés; là, pour ceux qui préfèrent l'inhumation, des plans de cimetières modèles, dus au professeur de médecine légale de Genève, M. le docteur Gosse. Dans l'ordre de l'hygiène individuelle, voici de singulières coiffures et ceintures destinées à réaliser le *Nice chez soi*. C'est à un peintre de Genève, M. Darier, que revient le mérite de cette idée d'utiliser la chaleur de son propre corps en s'entourant le tronc ou la tête d'un tube ou d'une série de tubes à prise d'air extérieur, tubes masqués dans un tissu de laine et d'où sort un tuyau destiné à être mis dans la bouche, et à vous faire respirer un air à température à peu près constante.

Ici, l'on voit des appareils de sauvetage, des échelles portatives pour incendies; là, se trouvent des spécimens de voitures destinées à transporter dans les grandes villes les malades atteints ou non de maladies contagieuses, voitures chauffées, et qui, pour bien répondre à leur destination, doivent pouvoir facilement passer par l'étuve à désinfection. Voici des modèles d'appareils avertisseurs exposés par la ville de Paris, et que l'on doit placer dans les nouveaux postes de secours. Voici une réduction d'ambulance volante; là, est la place d'un dispensaire pour les enfants malades de Mulhouse, établi sur le modèle du dispensaire dirigé au Havre

d'une valvule, située à 3 ou 4 centimètres de l'orifice anal et au niveau de laquelle la muqueuse était restée lisse, souple, glissant facilement sur les tuniques sous-jacentes. Ces cas ont été toujours observés sur des jeunes gens de 16, 19, 22 ans, et n'ont jamais été vus sur des enfants.

A. Bérard est le premier auteur qui ait attiré l'attention sur cette variété de rétrécissements observée ensuite par Maslieurat-Lagémar, et à laquelle en 1851, M. Bouisson (de Montpellier), consacra quelques lignes dans sa thèse de concours. En 1878 M. Reynier, prosecteur de la Faculté en a fait l'objet d'un mémoire paru dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Cependant les cas connus ne sont pas bien nombreux; les faits de ce genre n'ont pas sans doute été tous recueillis.

Vous savez ce qu'il faut penser de ces lésions au point de vue embryologique et qu'il est aujourd'hui généralement admis que ces valvules situées au point de rencontre de l'intestin postérieur et de l'invagination ectodermique anale, représentent des reliquats des tissus qui séparent à une certaine période de l'évolution l'anus du rectum proprement dit et qui disparaissent, normalement, par résorption dans la suite du développement. La présence de ces replis valvulaires est en rapport avec un arrêt de développement survenu vers le troisième ou le quatrième mois de la vie intra-utérine.

Un mot encore sur la conduite que nous avons à tenir. Cette variété de rétrécissement ne diminue pas le calibre de l'intestin par rapprochement des parois sur une longue étendue; cet obstacle agit comme le ferait une lame mise en travers et le rétrécissement est tout entier formé par les brides saillantes dans la lumière du rectum; ce qu'il faut donc obtenir c'est la disparition de ces bords saillants.

Voyons quelles sont les ressources que nous offre la thérapeutique actuelle.

Peut-on songer à faire une rectotomie linéaire postérieure? Cette opération serait insuffisante et inutile; car elle ne porterait, d'une part, que sur un point de la valvule, et en sectionnant les trois tuniques du rectum et la peau, elle ferait, d'autre part, beaucoup plus de dégats qu'il n'est nécessaire: elle entraînerait la division du sphincter avec ses conséquences fâcheuses, sans ouvrir une voie suffisante à l'issue des matières.

On pourrait recourir à un autre moyen et pratiquer sur la périphérie de la valvule des débridements verticaux multiples de dedans en dehors, dont on compléterait l'effet par une dilatation prolongée; l'opération serait à la vérité, peu complexe, mais on aurait grande peine à obtenir, au moyen de ces incisions linéaires, un jour suffisant pour empêcher l'accolement des bords des plaies et une récidive de l'obstacle, et nous savons combien peu l'on doit compter, dans ces cas, sur la dilatation, dont les effets sont si lents et si souvent précaires.

J'ai pensé que la résection de toute la portion valvulaire saillante dans le rectum, que l'extirpation de la valvule, donnerait de meilleurs résultats, et j'ai conçu, à cet effet, une opération que nous allons mettre tout à l'heure en pratique, mais dont je veux d'abord vous exposer les principaux points.

L'idée de cette opération m'a été suggérée par la facilité avec laquelle on voit et on aborde la partie inférieure du rectum, après une large dilatation du sphincter anal.

Le premier temps consiste dans la dilatation du rectum; nous dilaterons, au moyen d'un spéculum à dilatation, tout le trajet anal jusqu'au point rétréci, longuement et largement, jusqu'à ce que le rétrécissement devienne directement abordable.

Le deuxième temps est constitué par le passage d'un certain nombre d'anses de fil à la base de la valvule. Lorsque nous aurons passé une série de fils d'argent à l'aide d'une aiguille courbe, nous attirerons le rétrécissement en bas pour tâcher de le rapprocher le plus possible de l'orifice anal et nous faciliter ainsi l'exécution du troisième temps, pendant lequel a lieu l'excision circulaire de toute la partie saillante en dehors des fils, au moyen du bistouri ou des ciseaux. Cette ablation exécutée, il restera une surface saignante au-dessus et audessous de laquelle vous verrez passer les extrémités de mes fils.

Il ne restera plus alors qu'à exécuter le quatrième temps, c'est-à-dire le rapprochement des bords de la plaie au moyen des fils placés à l'avance et le rétablissement de la continuité de la muqueuse rectale grâce à l'affrontement des parties divisées et à l'adossement des tissus sous-muqueux.

Si ce projet est réalisable nous en tirerons de nombreux avantages. Nous pourrons atteindre la cicatrisation sans crainte d'accidents, sans avoir à compter avec les infiltrations gazeuses ou stercorales. L'opération faite dans ces conditions nous met à l'abri de toute récidive; elle supprime les chances de la

---

par le docteur Gibert; ce nouveau dispensaire a été construit par M. P. Blondel, architecte à Paris pour M. Fred Engel Dollfus. Œuvre excellente dans sa conception et qui rendra de bien grands services surtout dans les centres ouvriers.

Mais je m'aperçois que je fais courir le lecteur à perdre haleine. C'est que j'aurais voulu, sans trop l'ennuyer, lui donner une idée de cette exposition très intéressante dans ses détails. Mais que de choses je suis obligé de passer sous silence! Et d'abord, et de propos délibéré, toute la section bibliographique où l'on trouve toute sorte de livres, même des livres d'hygiène; puis, et avec regret, ces beaux travaux de statistique, ces plans, ces tracés, ces schémas où les noms des Korosi, des Bodio, des Lombard, des Dunant, des Lacassagne, des Hauser, des Cohn, des Meinert, des Parola brillent à qui mieux mieux. Heureusement je me souviens fort à propos de ce vers de Volaire:

« Le secret d'ennuyer est celui de tout dire. »

Je m'arrête donc.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Royé (H.-A.), est nommé, par arrêté ministériel du 11 septembre 1882, aide du laboratoire de clinique des maladies mentales en remplacement de M. Vallon, nommé chef de clinique.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont autorisés à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1882-83: M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, par M. Berger, agrégé; M. Würtz, professeur de chimie, par M. Henninger, agrégé.

Sont chargés des cours auxiliaires, pour l'année: M. Gariel, physique; pour le 1er semestre, M. Rendu, pathologie interne; M. Terrillon, pathologie externe.

* * *

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — M. Rocher, chargé du cours de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire.

* * *

suppuration et de la rétraction cicatricielle qui en est la conséquence habituelle. Mais n'oublions pas que ce genre d'opération n'est applicable qu'aux rétrécissements valvulaires et à ceux d'entre eux seulement qui sont situés bas, à une faible distance de l'anus.

Note. — L'opération a pu être exécutée facilement d'après le plan opératoire exposé ci-dessus; les résultats en seront publiés ultérieurement.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. De l'action de la morphine sur l'intestin, par le professeur Nothnagel (1). — II. De l'action physiologique et thérapeutique de l'*adonis vernalis*, par le docteur Bubnow (2). — III. Recherches sur le principe actif de l'*adonis vernalis*, par le docteur Cervello (3).

Un sel de soude appliqué à la face externe de l'intestin d'un lapin détermine un resserrement local de ce conduit, qui se propage tout aussitôt de bas en haut; voilà ce que Nothnagel avait appris par des expériences antérieures, lorsque l'idée lui vint de rechercher quelle influence la morphine était susceptible d'exercer sur ce phénomène. L'injection préalable, sous la peau d'un lapin, d'une dose de morphine variant de 1 à 4 centigrammes empêchait ce resserrement de l'intestin, produit par l'application d'un sel de soude au point de contact; de s'étendre de là dans une direction ascendante; c'est tout au plus si avec le bicarbonate de soude, doué au plus haut degré de cette action constrictive, on réussissait encore à produire plus qu'un effet local. Nothnagel attribue cette influence suspensive de la morphine à une excitation exercée par cet alcaloïde sur les nerfs d'arrêt antagonistes de ceux que mettent en jeu les sels de soude pour produire la constriction ascendante de l'intestin. En effet, en injectant sous la peau de l'animal une dose de morphine beaucoup plus forte, 10 centigrammes en tout, l'application d'un sel de soude à la surface d'une circonvolution intestinale donnait naissance à une constriction bien plus marquée, et qui se propageait même en sens inverse, du côté de la valvule de Bauhin, ce qui n'a pas lieu dans les circonstances ordinaires.

Cet effet s'explique si on admet que la morphine, à petites doses, excite les appareils d'arrêt mentionnés plus haut, les paralyse à plus fortes doses. La morphine exercerait donc sur l'appareil d'innervation de l'intestin une action comparable à celle que la digitale exerce sur l'appareil d'innervation du cœur, et qui consiste dans une excitation ou une paralysie des filets d'arrêt du nerf vague, suivant les doses employées. D'après les autres résultats observés par Nothnagel, cette action de la morphine sur l'intestin s'exercerait par l'intermédiaire du tronc du grand splanchnique. La coprostase engendrée par la morphine ne serait que l'effet d'une excitation des filets d'arrêt contenus dans le tronc nerveux, favorisé d'ailleurs par une diminution des sécrétions intestinales.

— L'adonide vernale, une plante de la famille des rénonculacées, est employée depuis longtemps par les paysans russes à des usages thérapeutiques, comme la *convallaria maïalis*, dont il a été question dans ces derniers temps. De même que cette dernière, elle a fait l'objet de recherches cliniques et physiologiques dans le service du professeur Botkin, de St-Pétersbourg, et de même que la convallaria, elle s'est révélée dans une certaine mesure comme un succédané de la digitale. M. Bubnow, dans sa thèse inaugurale, a exposé les résultats fournis par ces expériences. Des malades hydropiques, qui étaient mis à l'usage des préparations d'adonide, ont présenté les effets suivants: sous l'influence de cette médication, les contractions cardiaques gagnaient en énergie, le pouls devenait plus lent plus régulier et plus ample, le cœur diminuait de volume ainsi que le foie, la sécrétion urinaire s'élevait considérablement de 300cc. à 2 et 3,000 cc.; l'albumine et les cylindres disparaissaient des urines. Chez les malades affectés de simples troubles de l'innervation cardiaque, la médication se montrait absolument inefficace.

Les expériences faites sur des animaux à sang froid et à sang chaud, avec diverses préparations d'adonide (infusion extrait aqueux et alcoolique) ont démontré que cette plante excite le système d'arrêt et les ganglions moteurs du cœur, accroît l'élasticité et la contractilité du muscle cardiaque, et fait produire au cœur une plus grande somme de travail utile; en même temps les petites artères des différents départements de l'organisme se rétrécissent notablement, au point que leur lumière peut entièrement s'effacer et cela en dehors de toute intervention du centre vaso-moteur.

Sur des animaux à sang chaud, l'auteur a cherché à se rendre compte des différences d'action de l'adonide et de la digitale. Il conclut, des résultats obtenus, que dans certains cas de lésions organiques du cœur, l'emploi de l'adonide est plutôt indiqué que celui de la digitale et que dans d'autres c'est l'inverse qui a lieu; mais ces conclusions sont émises avec certaines réserves. A noter que l'adonide, comme la *convallaria maïalis* est dépourvue des effets cumulatifs qu'entraîne l'usage prolongé de la digitale. Par contre, plus que celle-ci, l'adonide dispose aux effets secondaires du côté du tube digestif, qui se manifestent par des nausées, des vomissements de la diarrhée.

En somme ces expériences justifient la réputation dont jouit en Russie l'adonide vernale, comme remède populaire efficace contre les hydropisies et contre les maladies du cœur.

— Cervello qui a opéré sous la direction du professeur Schmiedeberg, a extrait de l'adonide un glycoside qui en serait le principe actif et auquel il a donné le nom d'*adonidine*.

L'adonidine ne renferme pas d'azote. C'est une substance amorphe, incolore, inodore, d'une saveur très amère, très soluble dans l'alcool et faiblement dans l'éther et dans l'eau. L'acide tannique la précipite de ses dissolutions, et le précipité se redissout dans un excès d'eau. Chauffée au contact d'un acide, elle met en liberté du sucre et une autre substance soluble dans l'éther.

Les effets physiologiques observés sur les animaux auxquels on avait incorporé de l'*adonidine*, ont été, au dire de Cervello, en tout semblables à ceux que développe la digitaline, au point que l'auteur a cru devoir se dispenser de donner de ces effets une énumération détaillée.

E. Ricklin.

(1) Virchow's Archiv, t. 89, p. 1, 1882.
(2) Thèse inaugurale, Pétersbourg 1880 (en langue russe), analysée *in* Deut. med. Wochenschrift, 1881, no 44, p. 599
(3) Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, t. XV fasc. 3 et 4, p. 335, 1882, et Archivio per le scienze mediche, 1881

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences

ONZIÈME SESSION

CONGRÈS DE LA ROCHELLE

Section des sciences médicales.

Suite et fin.— Voir les numéros 35, 36, 37, 38 et 39.

Neuvième séance. — 31 août 1882 (matin).

Présidence de M. Azam

Excitations électriques. — Il s'agit de la présentation par M. François Franck de plusieurs appareils de M. Charles Verdin, construits d'après les indications de M. le docteur Laborde et destinés à des expériences sur l'excitation des nerfs.

Sur l'action nerveuse. — M. Petit (L.-H.), l'un des secrétaires de la section, lit quelques passages d'un travail de M. Rames (d'Aurillac) sur l'action nerveuse.

Les lumbagos et les assurances contre les accidents, par M. Gauché (de Bayonne). — M. le docteur de Musgrave-Clay donne lecture des conclusions de ce travail qui tend à démontrer qu'il est parfois difficile de faire la distinction du lumbago et du tour de reins.

Des syphilomes trachéo-laryngiens. — M. Gouguenheim adresse un mémoire dont nous reproduisons ici les conclusions lues, en l'absence de l'auteur, par M. le docteur Petit (L.-H.), et qui sont les suivantes :

1o Les faits de syphilomes trachéo-laryngiens font partie de l'histoire des rétrécissements de la trachée d'origine syphilitique. Ce sont les rétrécissements de la partie supérieure ;

2o La dénomination proposée par l'auteur vient de ce que l'extrémité inférieure du larynx est intéressée en même temps que l'orifice de la trachée ;

3o Il exclut de cette description le syphilome sus-glottique dont l'évolution clinique, du reste, ne coïncide pas habituellement avec celle du syphilome sous-glottique ;

4o Sa description repose sur deux faits suivis de guérison ;

5o L'apparition des accidents est très tardive ; elle a lieu quelques années après l'apparition de la syphilis ;

6o Les signes qui le caractérisent sont : une dyspnée lente et progressive ; des accès de suffocation ; une inspiration laborieuse et sifflante ; à l'auscultation du cou, l'on perçoit des bruits très intenses aux deux temps de la respiration ; l'expectoration est nulle ; la toux est normale ; la voix est conservée, — c'est là un signe précieux ; — à l'examen laryngoscopique, on trouve un larynx intact ainsi qu'un rapprochement facile des cordes vocales ; au-dessous de ces cordes, on aperçoit une tumeur circulaire rougeâtre, dépassant notablement lesdites cordes vocales et ressemblant en quelque sorte à un véritable boursouflement de la muqueuse; c'est là un véritable diaphragme qui circonscrit une ouverture très minime ; enfin, on ne distingue plus les anneaux de la trachée ;

7o La marche de la maladie est assez lente ; elle peut durer quelques mois ; le développement d'ulcérations est un phénomène possible, bien qu'il n'ait pas eu lieu dans les deux observations rapportées par M. Gouguenheim ;

8o Le diagnostic de la maladie est très facile par l'examen laryngoscopique, les accidents coïncident avec des syphilides tertiaires de la peau ; cette affection trachéo-laryngienne pourrait être, au premier abord, confondue avec la tuberculose ; mais dans cette dernière la localisation trachéo-laryngienne est rare, la région sus-glottique se trouvant intéressée en même temps, ce qui, au début, n'est pas la règle pour la syphilis ; enfin l'état général n'est pas le même dans les deux maladies, syphilis et tuberculose ;

9o Le pronostic est grave, en raison même de la possibilité d'un rétrécissement définitif ;

10o Le traitement doit être très énergique. Il ne faut pas redouter, à l'exemple de Monneret et de Vidal, la possibilité d'un rétrécissement qui se produirait sous l'influence d'une guérison trop rapide. Celle-ci, au contraire, est le seul moyen de l'éviter ou tout au moins de le rendre moins considérable. Il faut proscrire le mercure dont l'action est infidèle et parfois même dangereuse, mais il faut administrer l'iodure de potassium à la dose de trois à dix grammes par jour en l'augmentant très rapidement ;

11o La guérison peut être très prompte à venir et se produire dans l'espace de huit à dix jours ;

12o Dans le cas où la trachéotomie serait indispensable, il ne faut pas avoir recours à la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Traitement de l'empoisonnement par la strychnine.—M. Gaëtan Delaunay a fait de nombreuses expériences sur les animaux dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, et, des résultats qu'il a obtenus, il croit pouvoir conclure dans l'empoisonnement par la strychnine, au simple traitement suivant :

1o Faire boire au sujet empoisonné le plus d'eau qu'il sera possible;

2o Pratiquer une saignée ;

3o Placer le malade les pieds en haut et la tête en bas.

L'auteur ajoute, en terminant son mémoire, que les mêmes moyens lui paraissent également applicables à la plupart des empoisonnements.

M. François-Franck fait remarquer que le traitement de l'empoisonnement par la strychnine a été déjà l'objet d'une foule de recherches et d'un grand nombre de mémoires. M. Gaëtan Delaunay a oublié, dit-il, de parler de la trachéotomie et de la respiration artificielle, moyens qui ont donné d'excellents résultats et ont permis de ramener à la vie les animaux que l'on avait empoisonnés par la strychnine, moyens enfin qui paraissent de beaucoup préférables, pour M. François Franck, au traitement préconisé par M. Delaunay.

Des considérations sur la cause la plus fréquente de cécité chez les agriculteurs, par M. Georges Martin (de Bordeaux).— Il résulte des considérations émises par l'auteur que si, jusqu'à ce jour, les agriculteurs paient un large tribut à la cécité, un moment viendra où ils pourront s'en affranchir, les maladies génératrices de cette infirmité étant du nombre de celles qu'il est au pouvoir de guérir.

1o Il conviendra donc, pour diminuer le nombre des aveugles parmi les agriculteurs, de faire une guerre acharnée aux maladies lacrymales. Pour prévenir leur apparition, on conseillera particulièrement l'usage de lunettes à verres bombés et de chapeaux à bords fortement rabattus en forme de cloches Ce seront d'excellents moyens pour éviter les effets nuisibles du vent, de la poussière et de la réverbération du sol, causes premières, selon nous, de la plupart des maladies lacrymales des agriculteurs. Ces divers préservatifs protègeront en outre les yeux contre les traumatismes divers si nombreux auxquels sont exposés les hommes des champs. D'autre part, le travail devra se faire dans de meilleures conditions hygiéniques. Il faudra montrer les avantages d'une attitude beaucoup moins inclinée vers le sol, ce qui ne nécessite qu'un minime changement dans l'outillage en allongeant le manche des instruments qui servent à remuer la terre.

2o Une maladie lacrymale est-elle déclarée, il faudra sans retard lui donner les soins nécessaires. L'opération de Bowmann a beaucoup simplifié le traitement de ces maladies. Il est vrai qu'il faut beaucoup de patience de la part du malade, car le traitement con-

sécutif est long. Cette considération ne doit pas éloigner d'une opération aussi utile et qui, du reste, peut être abrégée, si le malade veut prendre l'habitude de se sauver lui-même.

3o Si l'on se trouve en présence d'une personne atteinte du côté du canal lacrymo-nasal et se refusant à toute intervention chirurgicale, on insistera sur les dangers du moindre traumatisme oculaire, surtout pendant la période des chaleurs, de manière qu'elle prenne les précautions nécessaires pour les éviter.

On formulera le collyre antiseptique suivant, dont il sera fait usage assez fréquemment, surtout dans le cas de contusion ou de blessure; par exemple si un corps étranger venait à frapper les organes visuels :

Acide salicylique. . . .	10	centigrammes.
Acide phénique.	20	—
Acide borique.	4	grammes.
Eau distillée	100	—

Filtrez; pour bains oculaires d'une durée de trois minutes.

4o Enfin la kératite qu'on a voulu éviter a-t-elle fait son apparition; elle devra être traitée aussitôt de manière à combattre sa marche si rapidement envahissante. Appelé à temps, on pourra souvent enrayer le mal et écarter du plus précieux de nos organes un danger certain.

M. Azam dit que les conseils de M. Georges Martin sont excellents, mais qu'il sera, pendant bien longtemps encore, difficile de les faire comprendre au paysan, qui n'aime en rien changer ses habitudes.

Contribution a l'étude de l'hydrométrie. — M. le docteur Petit (L.-H) se borne à lire seulement le titre du mémoire de M. Geay.

Sur le rôle de l'acide salicylique dans la formation des sels dont la base a un emploi médicinal — Le mémoire de M. Schlumberger, dont les principaux passages sont lus par l'un des secrétaires de la section, conclut qu'en général il y a des motifs très sérieux de préférer, dans la préparation des médicaments salins, à l'emploi des acides minéraux classiques qui dans la plupart des cas n'ont aucun effet curatif, celui des acides qui, par leur action propre, viennent en aide à celle de la base agissante.

Or, il est une classe d'acides qui, par leurs propriétés, répondent on ne peut mieux à ce *desideratum*. M. Schlumberger veut parler de la série des acides aromatiques qui présentent des qualités médicinales reconnues depuis fort longtemps. L'un d'eux, l'acide salicylique qu'il a eu l'occasion d'étudier d'une façon toute spéciale, se distingue par ses qualités antiseptiques incontestables. Il a de plus l'avantage de former, avec les bases, des sels bien nets et bien définis, et que l'on peut préparer dans un grand état de pureté.

De l'anesthésie cutanée progressive du croup par anoxémie. — M. le docteur Petit (L.-H.) donne lecture des conclusions du mémoire adressé, sous ce titre, par M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Voici ces conclusions :

1o L'anesthésie cutanée avec conservation de l'intelligence et des sens est un symptôme du croup;

2o Cette anesthésie est progressive elle est causée par l'inflammation pelliculaire du larynx qui rétrécit la glotte et diminue la colonne d'air respirable;

3o L'anesthésie progressive croupale est due à l'anoxémie, c'est-à-dire au défaut d'oxygénation du sang et à l'accumulation d'acide carbonique dans ce liquide;

4o C'est une conséquence de l'action stupéfiante du sang artériel, non oxygéné, et carboné sur les centres nerveux;

5o L'anesthésie progressive du croup indique le commencement de la période asphyxique et donne, par son intensité, la mesure du degré d'asphyxie;

6o L'apparition d'un commencement d'anesthésie, et surtout l'anesthésie complète, sont les indications de la trachéotomie;

7o Par la trachéotomie cesse l'anesthésie croupale, à moins qu'une canule obstruée ou mal placée et qu'une bronchite pseudo-membraneuse ou une broncho-pneumonie n'empêchent encore l'hématose.

Sur un nouveau traitement électrique du vomissement, par M. Apostoli. (Voir Gazette médicale, 1882, no 33, p. 411.)

— L'ordre du jour étant complètement épuisé, M. le Président déclare la session de la section médicale close.

— Le Congrès de La Rochelle, qui s'était ouvert le 24 août 1882, sous la présidence de M. Janssen, membre de l'Institut et directeur de l'Observatoire astronomique de Meudon, assisté de M. Frédéric Passy, vice-président, de M. Trélat, professeur au Conservatoire des Arts et Métiers, secrétaire général, de M. Edmond Périer, secrétaire général adjoint, et de M. G. Masson, trésorier, a eu son assemblée générale de clôture le 31 août, à trois heures de l'après-midi, dans la salle des Oratoriens.

Dans cette dernière séance, les membres du Congrès ont eu à élire un vice-président pour l'année 1883, lequel passera président de l'Association française en 1884. M. Bouquet de la Grye, ingénieur hydrographe, a été élu par 120 voix contre 75 données à M. le colonel Laussedat sur 205 votants. M. Grimaux, professeur à l'Ecole polytechnique, a été élu ensuite secrétaire général adjoint pour l'année prochaine. Enfin, le Congrès devant avoir lieu en 1883 à Rouen, l'assemblée a décidé que l'Association française pour l'avancement des sciences tiendrait ses assises en 1884 dans la ville de Blois.

Varèle.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

SÉANCES GÉNÉRALES

TRAVAUX DES SECTIONS

1re section (Présidence de M. le professeur Révillion).

Suite. — Voir les numéros 38 et 39.

Hygiène générale, internationale et administrative. — M. le docteur A. Proust expose le rôle du pèlerinage de la Mecque sur la propagation du choléra en Europe. Il énumère les différentes routes que suivent les pèlerins pour se rendre à la Mecque, et après s'être étendu sur les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles se fait ce voyage, M. Proust fait connaître les mesures préservatrices prises par la Commission sanitaire internationale d'Alexandrie pour empêcher le choléra de se développer à la Mecque et surtout pour l'empêcher de gagner l'Egypte.

Ainsi l'année dernière le choléra ayant été apporté à Aden par un navire venant des Indes, se propagea de là à la Mecque et fit d'assez grands ravages parmi les pèlerins; mais grâce aux précautions prises par la commission, l'épidémie ne gagna pas l'Egypte et resta confiné à l'Arabie.

L'Europe doit donc soutenir de tout son pouvoir les efforts de la Commission sanitaire, car, une fois le choléra parvenu en Egypte, les pays méditerranéens sont gravement menacés.

M. A. Fauvel s'associe aux conclusions de M. Proust. Le point capital, en effet, à défendre contre le choléra est l'Egypte. Tant que l'Egypte n'est pas atteinte, l'Europe n'a rien à craindre; au contraire, si l'épidémie se propage au delà du Nil, il est *impossible* d'en préserver l'Europe.

Les mesures actuellement en vigueur étant prises, nous pensions être à l'abri d'une invasion au moins jusqu'au prochain pèlerinage. Mais les événements d'Egypte ont beaucoup modifié la situation.

L'Angleterre a eu besoin de renforcer ses troupes d'Egypte par les contingents qu'elle entretient dans l'Inde. Or l'Inde est le foyer reconnu du choléra; la maladie y est endémique, et il suffit d'embarquer quelques soldats malades pour propager le fléau.

« A la nouvelle de ces déplacements de troupe, dit M. Fauvel, dès le mois de juillet, nous fîmes parvenir au gouvernement anglais par la voie officielle des propositions relatives aux mesures qu'il nous paraissait indispensable de prendre immédiatement. Ces mesures simples et non vexatoires étaient les suivantes :

1o Inspection médicale sérieuse et quarantaine à Aden de tous les navires transportant des soldats et venant de l'Inde ;

2o Seconde inspection très rigoureuse à Suez, avec quarantaine à Djebel-Thor pour les suspects.

Nous avons quelque raison de croire que l'autorité militaire anglaise n'a tenu aucun compte de nos avis. Le bruit court, en effet, qu'on a, ces jours-ci, constaté à Suez plusieurs cas de choléra ; hâtons-nous d'ajouter que ce bruit n'est point encore officiellement confirmé — que même il provient d'une source évidemment hostile à l'intervention anglaise en Egypte. — Mais il n'y aurait rien d'extraordinaire à ce qu'il fut exact.

En pareil cas l'administration militaire anglaise en porterait à la fois la peine (car l'armée d'occupation serait rapidement décimée), et la responsabilité (car nous lui avons au moment opportun donné les avis nécessaires). L'administration française a fait son devoir complètement; elle se désintéresse donc au point de vue de la responsabilité des événements futurs. »

M. le docteur D.-F. Ovilo, de Madrid, ancien médecin sanitaire au Maroc, lit un excellent travail sur le danger spécial que font courir à l'Europe, au point de vue du choléra, les pèlerinages marocains à la Mecque.

Le Maroc est très rapproché de l'Espagne, les institutions sanitaires y sont nulles. Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les pèlerins sont déplorables. Les gouvernements civilisés devraient donc intervenir en créant dans ce pays une commission sanitaire munie de pouvoirs suffisants pour combattre d'une manière efficace l'incurie du gouvernement marocain.

M. Bradel (de Sofia), délégué de la Bulgarie, insiste sur les précautions à prendre à propos du retour des pèlerinages dans les ports de la mer Noire et surtout à Varna.

M. le docteur L. de Czatary (de Buda-Pesth), dépose une brochure dont il lit les conclusions, et relative à la création d'une commission internationale d'hygiène dont le rôle principal serait la prophylaxie des épidémies.

M. Fauvel ne croit pas cette institution possible, au moins actuellement.

M. le professeur Jules Arnould (de Lille) communique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, un travail si important que nous croyons devoir reproduire *in extenso* les conclusions.

A. *Etiologie*

1. Question de nature. — La fievre typhoïde a les allures des maladies *spécifiques*, pour un certain nombre desquelles la nature parasitaire est démontrée. En tant que spécifique, elle n'est jamais ni spontanée, ni engendrée de l'action banale des agents extérieurs. Il est *rationnel* de la compter au nombre des maladies parasitaires; mais on ne saurait, actuellement, regarder le fait comme complètement acquis, en présence des divergences des expérimentateurs sur le type du parasite supposé, — de l'incertitude des résultats cliniques obtenus par l'inoculation aux animaux, — et surtout des doutes légitimes qui règnent chez les médecins à l'égard de l'aptitude à la fièvre typhoïde des espèces animales autres que l'homme.

2. Milieux naturels. — Les milieux de conservation et, éventuellement, de reproduction de l'agent thyphogène sont :

a. Le sol, dans de certaines conditions de structure, d'humectation et de saturation infectieuse ; mais plutôt à la surface que dans la profondeur; de telle sorte que le sol puisse être remplacé par un support de toute autre nature et n'est pas un lieu de passage nécessaire de l'agent pathogène ;

b. L'eau; mais probablement pendant peu de temps et à la condition d'un certain degré de souillure organique ;

c. L'air, comme le prouvent les faits de contagion directe (cas *intérieurs*) et comme on peut l'induire de cette notion : que l'air des rues renferme plus de microbes que l'air des champs, et l'air des habitations plus que celui des rues. Mais, les produits pathologiques de la fièvre typhoïde quittant le malade à l'état humide ne sont complètement aptes à infecter l'air qu'après le temps nécessaire à leur dessiccation et à leur pulvérulence. L'air n'agit, en effet, spécifiquement, que comme véhicule de corpuscules infectieux déterminés et non par les émanations dont il peut être pénétré, gaz, vapeurs, odeurs, lors même que ces émanations proviendraient de latrines et d'égouts ;

d. L'homme et les objets à son usage, au moins à titre de surfaces indifférentes et de réceptacles pareils à ceux que l'on sait recueillir les germes de la variole ou d'autres maladies spécifiques. — En outre, la marche d'un grand nombre d'épidémies, que l'on voit débuter par des embaras gastriques et des diarrhées, — l'influence décisive de circonstances extérieures, banales, sur l'éclosion de certains cas de fièvre typhoïde ; les épidémies nées à distance, dans le temps et dans l'espace, de tout foyer, et sans importation apparente, portent à croire que l'homme lui-même peut véhiculer, dans ses voies digestives ou respiratoires, l'agent typhogène à l'état latent, sans développement immédiat, mais conservant l'aptitude à se multiplier et à devenir envahissant, après un temps assez long ; sous l'influence de conditions déprimantes ;

e. Les aliments, en tant que supports éventuels, mais sans que rien prouve suffisamment qu'ils puissent être un milieu de multiplication. La véhiculation n'est démontrée que pour le lait qui, dans ce cas, joue le même rôle que l'eau et n'agit peut-être que par l'eau. La nature des épidémies typhoïdes, attribuée à l'usage de viandes altérées, reste discutable.

3. Réceptivité. — La réceptivité pour la fièvre typhoïde est *complexe et positive*, au lieu d'être simple et négative comme la réceptivité pour la variole. — Elle est constituée par :

1o *L'absence d'atteinte antérieure ;*

2o *L'âge* de seize à quarante ans (la plus grande fréquence est entre vingt et vingt-cinq ans), sans exclusivisme rigoureux ;

3o *La non-accoutumance* aux milieux typhogènes ;

4o *L'influence banale de la souillure des milieux,* telle qu'elle résulte des conditions ordinaires de la vie des groupes :

Sol putride avec ses exhalaisons ;

Eau de boisson imprégnée d'immondices ;

Air animalisé, septique, de la vie en commun, de l'encombrement, des habitations assaillies par les émanations fécales, des locaux malpropres au dedans et à la périphérie ;

5o Les *fatigues*, les *excès*, les *passions tristes* ,

6o L'usage d'*aliments putrides*.

Les circonstances précisées dans les trois derniers numéros peuvent se résumer sous le titre de *Conditions dépressives.* Celles du 4o ont une telle importance qu'il faut leur reconnaître une adaptation spéciale. Elles semblent parfois primer l'action du moteur typhogène, au point que certains épidémiologistes les substituent simplement à celui-ci, dans l'étiologie.

4. Epidémicité. — La fièvre typhoïde, dans l'époque actuelle, semble avoir remplacé les maladies populaires d'autrefois, la peste, le typhus exanthématique, etc. Elle règne sur toutes les classes, à la ville et à la campagne, dans les localités les plus diverses, sur toutes les races d'hommes. Géographiquement, elle est ubiquitaire. —Le monde civilisé traverse, en ce moment, un « règne » de fièvre typhoïde. Le fait est explicable sans l'intervention du « génie épidémique. »

B. *Prophylaxie.*

5. La prophylaxie de la fièvre typhoïde doit s'adresser : 1° Avant les épidémies : *a. Aux milieux de conservation* de l'agent typho-

gène. — Protéger le sol des lieux habités contre la pénétration à prévoir de cet agent : par la propreté générale des rues, la suppression des récipients de matières fécales dans la maison, le drainage du sol, l'évacuation immédiate des matières excrémentitielles. — Approvisionner les centres urbains ou ruraux d'eau de source, amenée de loin, par des conduites qui l'abritent sur tout son parcours contre toute souillure. — Construire les habitations, et particulièrement les habitations collectives de façon à les préserver de la stagnation des poussières atmosphériques, leur assurer le renouvellement de l'air par grands déplacements.

b. Aux facteurs de la réceptivité. — Nous ne pouvons rien sur les deux premiers (Voy. plus haut) ; contre le troisième, on ne doit pas essayer l'acclimatement au miasme typhoïde. Contre les autres, nous avons les ressources de l'hygiène générale. Celles-ci doivent être plus spécialement appliquées aux groupes militaires et aux groupes industriels. Elles n'ont de chances de l'être avec efficacité qu'entre les mains d'une *Direction médicale* de la santé publique, reproduite dans l'ordre militaire par la Direction médicale de la santé de l'armée. Ne pas oublier que le germe et la réceptivité typhoïdes sont aujourd'hui un peu partout; il y a un vaste effort à tenter en hygiène publique.

2o Pendant les épidémies ; *c. A l'agent typhogène.* — Le traiter comme un parasite réel partout nù on le soupçonne. Désinfection générale et spéciale.

d. A l'homme. — L'isolement des malades n'est pas rigoureusement indiqué, mais serait plus sûr que la libre pratique. — Eloigner des malades les personnes le plus sûrement douées de réceptivité. — Evacuer les foyers. — Ménager et soutenir ceux qui en proviennent.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 septembre 1882. — Présidence de M. E. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — Possibilité d'introduire un tube dans le larynx sans produire de douleur ou une réaction quelconque. Note de M. Brown-Séquard.

(Renvoi à la Section de Médecine et Chirurgie.)

Dans cette brève communication, je désire prendre date de la découverte des faits suivants. Si, après avoir ouvert l'arrière-bouche, sur des mammifères, par une incision entre un des côtés de la base de la langue et l'angle de la mâchoire, de manière à avoir sous les yeux l'épiglotte, le bord supérieur du larynx et la glotte, je fais arriver sur ces parties un courant très rapide d'acide carbonique, je trouve, au bout d'un temps variable (de quinze secondes à deux ou trois minutes) que la sensibilité si exquise de la muqueuse laryngée est complètement perdue et qu'il est possible conséquemment d'introduire un tube (et même un doigt, chez un gros chien) dans la cavité du larynx, de l'y tourner et de l'y retourner sans produire de réaction. J'ai fait cette expérience chez des cobayes, des lapins et des chiens. Chez tous, le résultat général que j'ai signalé a été obtenu.

Le contraste entre l'état normal du larynx et l'état d'anesthésie de cet organe, après son exposition à l'influence de l'acide carbonique, est extrêmement remarquable. On sait qu'il est impossible de toucher, de titiller la muqueuse laryngée sans produire des effets réflexes très marqués. La glotte se contracte spasmodiquement et le larynx tout entier se soulève avec violence. Lorsqu'on produit l'irritation de cet organe à l'aide d'un courant d'acide carbonique ou par des vapeurs de chloroforme, on constate une agitation générale très vive en outre des réactions locales. Ces deux agents anesthésiques agissent presque également à cet égard et irritent d'abord très violemment. Tout au contraire, lorsqu'on a soumis le larynx, pendant quelques minutes, à l'influence de l'un des deux, mais surtout à celle de l'acide carbonique, on constate que la puissance irritatrice de l'un ou de l'autre sur cet organe est devenu nulle.

Cette anesthésie locale (qui, du reste s'accompagne d'une anesthésie générale incomplète) (1) ne disparaît guère qu'au bout de plusieurs minutes (de deux à huit) après la cessation de l'irritation du larynx par l'acide carbonique. Dans l'espace de quelques heures, j'ai pu répéter cette expérience nombre de fois, chez un même animal, et j'en ai toujours obtenu le même résultat quand à l'anesthésie du larynx et à la possibilité d'introduire, sans résistance et sans réaction d'aucune espèce, un tube dans le canal laryngé et trachéal.

J'ai laissé survivre nombre d'animaux ayant été soumis à ces expériences. Aucun mauvais effet local ou général dépendant de l'acide carbonique ou de l'irritation mécanique du larynx ou de la trachée ne s'est montré chez eux. J'ai aujourd'hui trois chiens sur lesquels ces expériences ont été faites et qui ont reçu une énorme quantité d'acide carbonique, soit sur la glotte, soit à travers elle, dans la trachée: ils paraissent être en excellente santé. L'un d'eux a été opéré il y a onze jours, un autre il y a six jours et le troisième avant-hier.

Je ne veux pas examiner aujourd'hui les particularités de ces recherches ni les applications à la thérapeutique que l'on pourrait en faire. Avant de s'occuper de ces applications, il importe de faire chez l'homme des expériences démontrant positivement l'innocuité de l'entrée par la bouche ou la narine d'une quantité très considérable d'acide carbonique. A part les quelques effets bien connus de ce gaz, tels que céphalalgie, vertiges, etc., des expériences que j'ai faites sur moi-même, en 1871, établissent déjà bien qu'un courant très rapide de cet agent peut être reçu dans l'arrière-bouche sans produire d'effets dangereux. Mais il est essentiel de reprendre ces recherches au point de vue nouveau de la production de l'anesthésie dans la muqueuse laryngée. C'est ce que je me propose de faire très prochainement.

(1) On sait depuis longtemps, par les intéressantes recherches de M. Ozanam et celles surtout de MM. Lallemand, Perrin, et Duroy, que l'inhalation de l'acide carbonique peut donner lieu à de l'anesthésie générale. Je dois dire que, dans certaines expériences où j'ai évité de produire de l'anesthésie générale, j'ai pu faire perdre au larynx, mais incomplètement, sa sensibilité. Du reste, il est bien connu que l'acide carbonique peut produire de l'anesthésie locale sur plusieurs autres muqueuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance comprend un rapport de M. Fichot, médecin à Nevers, sur une épidémie d'origine couenneuse qui a régné à Lucenay-lès-Aix dans les premiers jours du mois dernier.

M. Brouardel présente au nom de MM. Napias et J. Martin, un volume intitulé : *l'Etude et les Progrès de l'Hygiène en France.*

M. Proust, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Tarnier, rappelle avoir, en 1870, publié avec M. Chalvet un projet de création d'une ferme nourrice. Il rappelait, dans cette brochure, que dans les cas où l'allaitement maternel est impossible, il faut chercher une ressource dans l'alimentation artificielle. En conséquence, il serait utile de donner, aux mères obligées d'élever leurs enfants au biberon, certaines règles faciles à suivre.

Pour instituer cette réglementation, il faudrait établir des expériences sous la surveillance de l'autorité compétente. C'est le projet que M. Tarnier a défendu dans la dernière séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Morin, membre correspondant dans la section de chimie.

— VARIOLISATION ET VACCINE. — M. BOULEY répond aux objections faites par M. Blot à la proposition qu'il a émise de tenter en Afrique des essais d'inoculation du virus varioleux atténué. M. Blot lui a prêté une opinion qui n'est pas la sienne ; il n'a fait cette proposition que dans le but de résoudre la question de savoir s'il était possible de faire naître chez l'homme, par des inoculations sous-cutanées, la variole sans éruption.

Il a proposé de faire ces expériences sur des Arabes, parce qu'ils sont réfractaires à la vaccination : ce qui lui a paru résulter manifestement des rapports des médecins qui pratiquent sur les lieux. Il ne veut pas substituer la variolisation à la vaccine, mais là où celle-ci est absolument repoussée par l'Arabe, il souhaite qu'un procédé qui doit diminuer encore la durée de la variole soit expérimenté sur lui, à la condition, bien entendu, qu'il y consentira. Il pense, d'après les résultats obtenus par les expériences de clavelisation qu'il a exposés, qu'on serait autorisé à faire une semblable expérience, et si l'on arrivait ainsi à donner la variole sans varioles, n'aurait-on pas par là, en cas de grande épidémie, une ressource précieuse ? Ne serait-il pas possible que la variole, ainsi inoculée, perdît sa propriété infectieuse ?

M. BLOT répond que les nouvelles preuves apportées par M. Bouley sur la répugnance des Arabes à la vaccination ne lui paraissent pas suffisantes pour ne pas la pratiquer. En outre, il n'admet pas que l'on fasse sur des Arabes des expériences qui seraient à la fois imprudentes et impolitiques : imprudentes parce que nous ne savons rien encore de positif sur la prétendue immunité attribuée à l'inoculation du virus varioleux atténué. Il faut attendre que les résultats des expériences soient plus certains, et, jusqu'à nouvel ordre, nous en tenir à ce que nous connaissons mieux.

M. BOULEY se défend de vouloir tenter des expériences sur les Arabes. Il se propose seulement d'étudier sur l'Arabe, qui veut bien y consentir, les effets du virus varioleux atténué, bien convaincu d'ailleurs que ces tentatives ne présentent aucun danger, et ont, au contraire, beaucoup de chances de prévenir ceux de la variole.

M. J. GUÉRIN : Les Arabes sont des hommes, nous n'avons pas le droit de leur porter un mauvais remède quand nous en avons un bon à leur donner. Ce que propose M. Bouley n'est ni l'inoculation sous-cutanée, ni l'inoculation atténuée. Les expériences qu'il a rapportées prouvent, par leurs effets mêmes, que la méthode sous-cutanée n'a pas été exécutée suivant les règles ; et quant à l'atténuation de la variole, elle n'a pas été démontrée.

M. BOULEY : Encore une fois, je n'ai nullement proposé de faire une application en grand de la variolisation chez les Arabes ; j'ai proposé seulement d'en faire l'essai sur ceux d'entre eux qui refusent la vaccine. Puisqu'ils se soumettent volontiers à l'inoculation d'un virus fort, on pourrait bien essuyer sur eux un virus atténué.

M. LARREY fait observer que pendant longtemps, en Afrique, les Arabes ont montré contre la vaccine une répulsion invincible, mais qu'après un temps considérable, ils ont fini par accepter les bienfaits de la vaccination, et que celle-ci commence aujourd'hui à se pratiquer sur une grande échelle. Aussi, suivant lui, ne serait-ce pas le moment de tenter une nouvelle méthode qui pourrait les éloigner de la vaccine.

M. PERRIN joint sa protestation à celle de M. Blot contre la proposition émise par M. Bouley. S'il y a une expérience à faire sur l'homme, elle doit être faite en France.

M. ROCHARD dit qu'en Cochinchine on a éprouvé, au début, les mêmes difficultés pour faire accepter la vaccination, mais qu'aujourd'hui on en a triomphé, au point que, de juin 1878 jusqu'à ce jour, le chiffre des individus vaccinés s'élève à plus de 200,000.

C'est ainsi que les populations du Cambodge viennent, à leur tour, demander aux médecins français de venir chez eux pratiquer des vaccinations.

M. BOULEY en appelle, de tout ce qui vient d'être dit, aux médecins d'Afrique eux-mêmes.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE PAR LES LARGES OUVERTURES. — M. J. ROCHARD rappelle la communication qu'il a faite en octobre 1880, relative au traitement des abcès du foie, d'après la méthode des médecins de Shanghaï, consistant à les ouvrir largement et d'un coup, après une ponction exploratrice préalable et en se servant de l'aiguille aspiratrice comme d'un conducteur, puis à mettre en usage le pansement de Lister. Depuis cette époque, M. J. Rochard a reçu de nombreuses communications qui ont affermi sa confiance dans ce mode opératoire, entre autres deux observations récentes de médecins de la marine.

La première est de M. le docteur Solland. Il s'agit d'un mulâtre de vingt-trois ans, entré à l'hôpital de Cherbourg pour un abcès du foie contracté six mois auparavant au Para, et qui en était arrivé à soulever l'hypocondre. Il fut ouvert le 28 janvier, d'après le procédé en question. Il retira 1,800 à 2,000 grammes de pus ; le mieux fut immédiat et la guérison rapide.

La deuxième observation est du docteur Bernard, ancien médecin de la marine. Le sujet est une jeune fille de dix-huit ans, parfaitement constituée, habitant un pays salubre (Cannes) et chez laquelle l'inflammation du foie ne pouvait être qu'accidentelle. Elle durait depuis quatre mois. M. Bernard, ayant senti une fluctuation profonde, plongea dans le flanc le plus gros trocart de son aspirateur. La ponction donna issue à un pus épais mélangé de débris de foie. M. Bernard remplaça le trocart par un tube à drainage, et fit appliquer des cataplasmes, administra des toniques, etc. Mais, après un soulagement passager, la malade retomba dans un état aussi grave qu'avant. M. Bernard se décida alors à compléter son opération en introduisant à l'aide d'une sonde cannelée la lame d'un bistouri et incisant dans une étendue de 5 centimètres. De larges lavages à l'eau phéniquée et un pansement de Lister suffirent pour amener la guérison.

M. J. GUÉRIN. — Lors de la communication de M. Rochard, j'ai fait connaître un cas semblable dans lequel j'ai obtenu la guérison par ma méthode d'aspiration sous-cutanée. Je ne comprends pas que, lorsqu'on a un moyen aussi sûr et aussi inoffensif, qui permet aussi bien les lavages du foyer que son évacuation, on persiste à lui préférer les grandes incisions.

M. J. ROCHARD doute qu'avec l'appareil de M. Guérin on puisse vider ces foyers des caillots plus ou moins considérables et des calculs qu'ils peuvent contenir.

M. J. GUÉRIN. — Avec les tubes de large diamètre dont je me sers et avec le concours du vide, il est tout aussi facile qu'avec les grandes incisions d'évacuer complètement le foyer des substances solides comme des substances liquides qui s'y trouvent.

M. J. ROCHARD, se fondant sur les heureux résultats des faits qu'il a rapportés, maintient sa préférence pour de larges ouvertures.

— ABSORPTION PAR LA PEAU DES SUBSTANCES DISSOUTES DANS L'EAU. — M. AUBERT, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon, lit un travail ayant pour titre : *De l'absorption par la peau des substances dissoutes dans l'eau.*

Voici les conclusions de ce travail :

1o La pénétration des substances dissoutes dans l'eau peut se faire à travers l'épiderme sans érosion extérieure et apparente.

2o Cependant la condition essentielle de cette pénétration paraît être une effraction épidermique se produisant dans les gaines le long de la portion incluse de la tige du poil.

3o En effet, dans nos expériences, dit M. Aubert, la pénétration est faite exclusivement au niveau des régions pileuses.

4o Toutes les conditions qui favorisent le tiraillement des poils (friction avec la main mouillée ou sèche, volume, résistance et longueur des poils) favorisent également la pénétration.

5o La finesse de la peau et la minceur de l'épiderme constituent plutôt des conditions défavorables, à cause du faible développement des poils dans ces régions.

L'absence de poils est également une condition éminemment défavorable à l'absorption.

6o On conçoit la possibilité de faire pénétrer en petite quantité des substances solubles à travers l'épiderme et de se servir de cette voie d'absorption soit dans le bain, soit en dehors du bain. Il faut, pour cela, avant ou pendant le contact de la substance dissoute, frotter largement et avec une intensité suffisante, à l'aide de la paume de la main, la surface cutanée et plus spécialement les régions pileuses. Le seul inconvénient possible de cette pratique serait une inflammation modérée, un peu de rougeur ou de cuisson localisées au niveau de l'émergence des poils.

7o On ne peut compter sur le bain simple même prolongé (deux heures dans l'expérience citée) pour faire pénétrer la plus mince parcelle d'une substance soluble.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments d'orthopédie, par le professeur A. Dubreuil, 1 vol. in-12, de VI, 326 pages, Paris, 1882, Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Horace l'a dit :

Non cuivis homini contingit adire Corinthum

et ce vers je le traduirais volontiers ainsi : Il n'est pas donné à tout le monde d'être bandagiste, ni même de diriger un établissement d'orthopédie.

La plupart des médecins ont en effet des connaissances assez peu nettes sur l'orthopédie, et nous devons savoir gré à M. le professeur Duhreuil, d'avoir daigné entreprendre une tâche aussi ingrate que celle d'initier d'abord ses élèves à la Faculté de Montpellier et ensnite la presque totalité dn corps médical à une étude restée pour ainsi dire l'apanage de quelques rares spécialistes.

Aussi ce livre que nous annonçons est-il plutôt une œnvre de vulgarisation qu'un travail vraiment original. Ce n'est pas pour les spécialistes que M. Dubreuil a écrit.

Cependant, le professeur de clinique chirurgicale de la Faculte de Montpellier avait des précédents à faire valoir. Delpech, l'auteur de ce grand traité de l'*Orthomorphie* (2 vol. in-8 avec atlas, Paris 1828), n'avait-il pas également été professeur de clinique chirurgicale de la même Facnlté et n'avait-il pas fondé un établissement d'prthopédie dans la même ville ?

Quoi qu'il en soit, M. Dubreuil a eu des visées plus modestes. Il s'est astreint avec abnégation à ne pnblier que des *Eléments* d'orthopédie. Mais en revanche les services que rendra son petit volume seront considérables.

Le livre comprend huit chapitres :

Le premier est consacré au torticolis et spécialement au torticolis musculaire, qu'il soit produit par une contraction on une paralysie du steruo-cléido-mastoïdien, ou par les autres muscles du cou.

Le deuxième chapitre s'occnpe des diverses déviations rachidiennes, le troisième de la luxation congénitale de la houche et le quatrième, du *genu valgum*. Avec le cinquième chapitre, de heancoup le plus important et le plus détaillé du volume, nous abordons les diverses difformités dn pied, les divers pieds bots, le varus, l'équin, le valgus, le talus, que ces difformités soient congénitales on acqnises, le pied plat, le pied creux, tels sont les subdivisions de ce chapitre. La main bote vient après; puis M. Duhreuil s'occnpe de la flexion permanente des doigts tant par rétraction de l'aponévrose palmaire que par rétraction d'origine musculaire.

Et enfin le dernier chapitre est consacré à l'étude des déviations des orteils soit dans le sens transversal, soit dans le sens vertical, que cette dernière déviation affecte sons forme de flexion ou d'extension l'orteil tout entier, bien que l'extension de la première phalange coïncide avec la flexion des deux dernières phalanges.

Par ce simple aperçu qui remplacera une analyse plus détaillée, car il est impossible de résumer un résumé, surtont un résumé si bourré de détails, on jugera de l'importance et surtout de l'utilité de ce Manuel.

Si nous ajoutons que 84 figures, très nettes, viennent faciliter la lecture d'un texte déjà très clair, nous aurons fait le plus grand éloge que l'on puisse faire d'un tel travail. Le lecteur y apprendra heaucoup et le praticien aura souvent recours à ce livre peu prétentieux mais destiné à rendre de grands services.

Dr Albertus.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du coaltar saponiné dans la thérapeutique utérine

Les remarquables propriétés détersives et antiseptiques du coaltar saponiné, qui joint à une action d'une grande énergie, *une innocuité absolue*, donnent à cette préparation une physionomie spéciale qui la distingue de tous les produits similaires qui sont plus ou moins irritants et caustiques.

C'est le docteur Bean, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon, qui le premier, croyonsnous, attira l'attention sur ce point (*Archives de médecine navale*, années 1872 et 1873), et c'est à cette occasion que nous avons eu l'idée d'expérimenter le coaltar saponiné dans les maladies utérines.

Les avantages que nous avons retirés de cette médication ont été si réels, que depuis lors nous préférons, dans la majorité des cas, le coaltar saponiné, qui peut être laissé, sans danger aucun, entre les mains des malades, à l'acide phénique, dont l'application mal faite n'est pas sans danger.

Le coaltar saponiné possède, en outre, un avantage qui n'est pas moins important, il est plus stable et s'évapore moins rapidement que l'acide phénique; son action topique est ainsi plus durable.

Nous avons employé le coaltar saponiné soit seul, soit comme adjuvant d'autres méthodes de traitement, dans la vaginite, la leucorhée avec ou sans ulcération du col, les métrites du col, etc. Dans tous ces cas, les résultats ont toujours été excellents et rapides.

Dans la leucorrhée, outre un traitement approprié, nous prescrivons des injections répétées deux ou trois fois par jour avec de l'eau légèrement chaude additionnée du médicament (*une à deux cuillerées de coaltar saponiné par verre d'eau*) et quelquefois des tampons d'ouate fortement imbibés de coaltar saponiné pur, à l'exemple de M. Siredey; ces tampons nous ont donné les mêmes bons résultats constatés dans le service du savant médecin de Lariboisière.

Dans les métrites chroniques et les ulcérations dn col, nous

procédons de la même manière après avoir préalablement cautérisé au nitrate d'argent.

L'application de ces tampons peut être faite par la malade elle-même à l'aide du porte-topique vaginal de H Delisle. On les laisse en place vingt-quatre heures. Lorsque le tampon est enlevé, la malade prend une injection de 1 à 2 litres d'eau coaltarée, de façon à bien nettoyer les parois vaginales; puis un antre tampon est alors introduit et gardé comme le premier pendant vingt-qnatre heures.

L'action dn coaltar saponiné dans les affections vaginales utérines est des plus remarquables, les surfaces enflammées se modifient rapidement, l'écoulement leucorrhéique cesse de se produire, et la doulenr, quand elle existe, disparaît également.

Nous mettons encore journellement à profit les propriétés désinfectantes dn coaltar saponiné pour désinfecter les malades atteintes du cancer utérin, ainsi que les nouvelles accouchées, dans le but de prévenir les accidents consécutifs aux accouchements. Le coaltar saponiné nous a été également fort utile dans un cas de rétention du placenta.

Il nous resterait maintenant à confirmer nos assertions par des faits, lesquels, comme on peut le penser, ne nous manqueraient pas; mais sans trop médire des statistiques, il faut remarquer qu'elles n'ont jamais fait défaut à nn adepte d'un moyen quelconque.

De plus, il serait trop long de reproduire ici de nombreuses observations.

Qu'il nous suffise de dire que voilà bientôt dix années que nous employons le coaltar saponiné dans tontes les affections des organes génitaux où il s'agit de modifier promptement la mnqueuse dn col ou du vagin et dans toutes celles où il s'agit de désinfecter le vagin, et que notre confiance en ce produit n'a fait que s'accroître.

Aussi sommes-nous persuadé que les confrères qui voudront appliquer ce moyen, ne tarderont pas à se faire une statistique personnelle bien autrement probante que celle que nous aurions pu publier aujourd'hui.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 21 SEPTEMBRE AU JEUDI 27 SEPTEMBRE 1882

Fièvre typhoïde 53. — Variole 6. — Rougeole 8. — Scarlatine 3. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 40. — Dysenterie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 179. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes 52. — Bronchite aiguë 7. — Pneumonie 48. — Athrépsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 82, — au sein et mixte 38. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 75. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 34. — de l'appareil digestif 39. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 1. — Epuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 932 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année, 6e série. Tome IV. N° 41 14 OCTOBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 12 octobre 1882

LA FIÈVRE D'EXPÉRIMENTATION CONCERNANT LES MICROBES. — LE CHOLÉRA.

Les découvertes de M. Pasteur et la théorie séduisante qu'elles l'ont conduit à concevoir sur la pathogénie des maladies infectieuses ont ouvert une voie nouvelle dans laquelle les expérimentateurs se sont empressés de s'engager, rivalisant à l'envi de zèle, d'ardeur, parfois de hardiesse. La culture des microbes tend à devenir chez beaucoup d'entre eux une véritable passion; la recherche d'un virus atténué, d'un vaccin, est le but, l'objectif de leurs constants efforts. Quelque opinion que l'on professe sur les idées nouvelles, on ne peut qu'applaudir à ce mouvement, qui sans aucun doute ne laissera pas d'être fécond, tant que les cobayes, les lapins, les chiens, les ruminants, le porc, appelé récemment aux honneurs du laboratoire, etc., feront les frais de toutes les expériences. Mais voici qu'un médecin allemand (Voir plus loin la REVUE DES JOURNAUX) n'hésite pas à prendre l'organisme humain vivant pour terrain de culture des microbes qu'il a découverts. Halte-là, dirons-nous à ces expérimentateurs que la passion entraîne; s'il ne vous suffit plus d'expérimenter *in animâ vili*, s'il vous faut un sujet plus noble, faites tout à votre aise de l'auto-expérimentation, devenez, si telle est votre ambition, une victime des microbes, un martyr de la théorie parasitaire, la science vous en saura peut-être gré, et votre nom pourra passer à la postérité; mais vous n'avez pas le droit de jouer avec les souffrances, avec la vie de votre semblable. Nous aimons à penser qu'en France l'expérimentateur allemand ne trouvera pas d'imitateur.

— Les journaux, tant médicaux que politiques, ont publié sur le choléra qui nous menace du côté de l'Egypte des renseignements inexacts. M. Proust a cru, avec raison, qu'il était utile de porter à la tribune de l'Académie les documents résultant de l'enquête quasi-officielle à laquelle il s'est livré. Il résulte de cette enquête qu'on a exagéré prématurément le danger, mais que ce danger n'en existe pas moins à l'heure actuelle, moment du rendez-vous général des pèlerins à La Mecque. Les mesures prophylactiques qui, à trois époques différentes, ont préservé l'Europe de l'importation du fléau, s'imposent donc cette année au gouvernement anglais qui dispose en Egypte de l'autorité administrative. Il ne faillira sans doute pas à ce devoir, à l'accomplissement duquel, soucieux de la santé des troupes qu'il a envoyées sur les bords du Nil, il est le premier intéressé.

F. DE R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR BLANCHE DU GENOU. — RÉSECTION ET AMPUTATION.

Leçon de M. Bouilly à l'hôpital Necker, recueillie par M. ASSAKY, interne du service.

Messieurs,

Je veux aujourd'hui, à propos de deux malades de notre ser-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

Le renouveau des libraires. — Un adieu aux absents. — Pidoux et la circulation. — Forces vitales et forces physiques. — Woillez et l'auteur du « Robinson des demoiselles ». — Hillairet et le bureau central.

Voici que, les vacances touchant à leur fin, les gros bonnets de la médecine rentrent à Paris. La vie scientifique, un moment interrompue, est près de reprendre son cours. A l'inverse de l'année astronomique, tandis que cette saison d'automne voit tomber les feuilles des bois, l'année scolaire et studieuse commence et les étalages de nos libraires vont se renouveler. Nous entrons en effet dans le printemps bibliographique. On arrive de tous côtés, qui des côtes normandes, qui de la Suisse, qui des Pyrénées, qui des stations thermales, qui d'ailleurs? Et, forts d'un repos de quelques semaines ou de quelques mois, les ténors de notre science s'apprêtent à communiquer au public avide de connaissances les fruits de leurs études antérieures mûris par le soleil de l'été.

Pourvu que, sous l'influence des pluies inaccoutumées qui ont détrempé les derniers mois, la littérature mise en réserve ne se présente pas sous une forme trop colliquative, nous ne nous plaindrons pas! Et si, au contraire, les publications nouvelles se ressentent de la diurèse céleste, nous laisserons passer le torrent, attendant avec confiance l'été de la Saint-Martin.

Car, on le sait, il n'est pas de fontaine si abondante qui ne puisse tarir. Et, d'ailleurs, Horace nous le dit bien (1) :

Non semper imbres nubibus hispidos
Manant in agros....

Faisons-nous donc une fête de voir reparaître, après plusieurs mois de stérilité relative, la saison féconde en productions imprimées.

Mais combien qui se proposaient de déverser sur nous les fruits

(1) Q. Horat. Flac. carminum lib. II. Od. IX.

vice, atteints l'un et l'autre de tumeur blanche dn genou, vous exposer les raisons de la conduite que j'ai tenue dans chacun de ces cas. Dans l'une étude détaillée, que je vais faire devant vous, j'espère vous montrer pourquoi, en présence d'une même affection, j'ai pris un parti différent. Cette étude m'a parn plus intéressante que l'exposé général des indications de la résection dn genou ou de l'ampntation de la cuisse.

Notre premier malade est un jeune homme âgé de 23 ans, entré le 6 août 1882 dans le service de clinique chirurgicale de Necker, lit n° 25. Ce garçon a joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière; il ne présente aucune trace de scrofule de l'enfance, n'a jamais eu de maladie sérieuse et peut faire remonter le début de son mal à un accident. Il y a un an, au mois de juillet 1881, il fit une chute sur le genou droit; cette chute, sans importance en apparence, lui permit de continuer son travail, qui ne fut jamais interrompu. Le genou était cependant déjà un peu douloureux et peut-être tuméfié; mais ce n'est qu'au mois de février de cette année 1882 que le malade se décida à entrer à l'hôpital, dans le service du professeur Guyon. Là il fit un séjour de cinq mois, pendant lesquels il fut soigné méthodiquement par l'immobilisation dans des appareils silicatés et par l'application répétée de raies de feu.

Dans ces derniers temps, l'appareil silicaté dnt être retiré, à cause d'une douleur vive siégeant dans le creux poplité, derrière l'articulation; à la levée de l'appareil, on découvrit en ce point une ulcération large environ comme une pièce de deux francs, qui donnait issue à une assez grande quantité de sérosité purulente.

Par suite de l'évacnation des salles dn professeur Guyon, le malade fut dirigé dans le service du professeur Trélat, que j'avais alors l'honneur de suppléer.

Ce garçon est pâle, tourmenté par des souffrances vives parties du genou, ayant tous les jours une fièvre assez vive qni se chiffre le soir par une température de 38·5 à 39·; il a peu d'appétit; il a souvent de l'insomnie causée par la douleur.

Le genou droit présente l'aspect caractéristique de l'arthrite fongueuse arrivée à une période avancée; toute l'articulation est déformée surtout au niveau du cul-de-sac sous-tricipital; elle est considérablement augmentée de volume et la jambe a subi un certain degré de subluxation en arrière et en dehors.

Les parties molles sont saines dans tous les points, excepté à la partie postérieure où existe l'ulcération déjà mentionnée. Les moindres mouvements spontanés déterminent une douleur extrêmement vive; les mouvements provoqués arrachent des cris au patient.

La palpation détermine une doulenr extrême presqn'en tous les points, mais vive surtout à la pression au niveau de la rotule et des condyles fémoraux, également très vive dans la région dn cul-de-sac sous-tricipital; elle est moins marquée au niveau de l'extrémité supérieure du tibia.

On éprouve dans tous les points une sensation de fausse fluctuation surtout marquée au niveau du cul-de-sac supérieur; les mouvements de la rotule déterminent une crépitation très étendue qui indique une large dénudation osseuse, de même les monvements du tibia sur le fémur indiquent une destruction des surfaces articulaires. On peut imprimer à la jambe des mouvements étendus de latéralité, indices certains d'une destruction ligamenteuse à peu près complète.

Toutes ces explorations sont extrêmement douloureuses. La jambe et le pied du côté malade sont dans un état de nutrition très satisfaisant, il en est de même de la cuisse, qui ne présente pas d'autres lésions que l'atrophie habituelle. L'examen de la poitrine ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire; le malade ne tousse pas et n'a jamais eu d'hémoptysie.

L'état local est assez grave ponr nécessiter une intervention et dans ce moment il retentit sur la santé générale d'une manière assez fâcheuse pour rendre cette intervention urgente. En outre, l'inutilité de la conservation a été démontrée par l'inutilité d'un traitement antérieur bien fait, et aujourd'hui l'indication se présente, absolue, inévitable; il fant supprimer la source du mal, le foyer pathologique qui infecte septiquement l'économie et d'où peuvent partir les semences d'une infection tuberculeuse généralisée.

Il n'est pas douteux, en effet, qu'il s'agit là d'une arthrite fongueuse tuberculeuse dont le développement a été provoqué par la chute faite il y a un an, chez un individu en puissance de diathèse tuberculeuse, soit par ses antécédents héréditaires, soit par sa constitution individuelle.

Pour obéir à l'indication capitale, la suppression du foyer pathologique, deux ressources s'offraient à nous, l'amputation de la cuisse ou la résection des surfaces articulaires.

Messieurs, les deux moyens peuvent être défendus; les par-

---

de leurs méditations nouvelles ont eu leurs mains roidies par la mort durant ce court intervalle de quelques mois.

Disons donc un éternel adieu à quelques-unes de ces figures qui viennent de disparaître.

***

Et d'abord le collaborateur de Trousseau dans ce beau *Traité de thérapeutique* qui, loin de vieillir comme tant d'autres ouvrages de ce genre, trouve le moyen de rajeunir sans cesse, Pidoux est mort!

Pidoux, l'une des meilleures plumes de notre confrérie, et des plus fertiles, et qui mettait dans la moindre de ses phrases un cachet spécial et toujours aussi une tournure magistrale.

Pidoux représentait parmi nous le grand conservateur des traditions médicales. Il gardait les idées du vitalisme hippocratique avec une dignité remarquable. Et quand il prêchait, il faisait toujours respecter ses convictions.

Cependant, quelque profond que fût le sentiment de déférence que m'inspira constamment le grand-prêtre de la médecine spiritualiste, quelle que fût l'admiration où son talent réussissait à me plonger, il m'est arrivé en mainte occasion de résister à sa parole d'or et de protester mentalement contre l'influence de sa faconde entraînante. Faconde tellement entraînante, en effet, que par ma foi! je crois que Pidoux se laissait entraîner lui-même.

Comment, en effet, expliquerait-on autrement cette espèce d'aveuglement qui semble lui avoir fermé toute faculté compréhensive dans de si nombreux passages de son dernier livre? Car son ouvrage sur *Les lois de la circulation du sang enseignées par l'anatomie comparée, l'embryologie et l'observation clinique* (1), ne serait sans cela qu'un défi pour ainsi dire permanent à la science moderne, à ses conquêtes et à ses méthodes.

Il nous donnerait une idée bien misérable de la rectitude de son esprit, ce Pidoux qui passait et qui posait pour le tenant de la philosophie en médecine.

La métaphysique ne pourrait-elle donc cohabiter avec la logique? On pourrait le craindre, et ce serait la ruine de la philosophie, à en juger par bien des endroits du livre de M. Pidoux.

Citons un peu :

(1) In-8. — Paris, 1879.

tisans de l'amputation peuvent faire valoir que l'étendue probable des lésions articulaires ne permet guère d'enlever par la résection la totalité des lésions osseuses et synoviales ; que l'ablation incomplète de ces lésions peut donner lieu à des suppurations interminables, à des fistules osseuses intarissables ; que, dans cet état la consolidation ultérieure ne saurait être obtenue et que le membre ne pourra être qu'une cause de gêne et de douleur pour le malade ; enfin que la résection constitue une opération plus grave qu'une amputation de cuisse, en ouvrant les larges surfaces absorbantes des extrémités spongieuses articulaires du fémur et du tibia.

Ces arguments, messieurs, ont une grande valeur, et chacun d'eux peut être démontré vrai par l'observation ultérieure ; il y a quelques années seulement, je n'aurais pas hésité un seul instant à donner la préférence à l'amputation sur la résection; mais j'ai cru qu'aujourd'hui on devait essayer de faire bénéficier notre malade des connaissances plus précises que nous possédons sur le traitement local des arthrites fongueuses et des procédés opératoires plus perfectionnés qui sont à notre disposition. Il est certain que si l'on peut d'une part réaliser par la résection la destruction complète de toutes les lésions articulaires, d'autre part ne pas faire courir au malade plus de risques dans cette opération que par l'amputation, la résection qui conserve un membre doit être préférée à l'amputation qui mutile.

Mais ce n'est pas d'après des considérations générales que l'on peut se décider pour telle ou telle opération, et c'est de l'examen minutieux et détaillé du cas que l'on doit tirer les indications thérapeutiques et opératoires. Je me suis décidé pour la résection, et voici pourquoi :

1o Le sujet est jeune et d'une santé générale suffisamment bonne pour qu'on puisse espérer le voir faire une consolidation osseuse suffisante, et ne pas continuer le processus pathologique tuberculeux ;

2o L'examen de la jointure démontre des altérations osseuses qui semblent limitées à la rotule et aux condyles fémoraux ; aucune douleur le long du corps du fémur, aucun épaississement des parties molles, ne permettent de supposer que le corps de l'os est atteint d'une de ces ostéomyélites tuberculeuses centrales qui envahissent quelquefois toute l'étendue de la diaphyse.

La pression de l'extrémité supérieure du tibia n'y détermine pas de douleur, et l'on peut supposer que les surfaces articulaires du plateau tibial sont seules malades.

Il semble donc possible d'enlever par la résection toutes les parties osseuses malades;

3o Les parties molles périarticulaires sont en parfait état ; il n'y a ni trajets fistuleux, ni ulcérations, qui compromettent la vitalité de la peau et indiquent son envahissement par des semis tuberculeux ;

4o La jambe et le pied ont leur aspect normal; l'atrophie des muscles du mollet est faible ; le pied a une bonne attitude par rapport à la jambe, et cet état relativement bon du segment inférieur en ferait vivement regretter la perte;

5o Enfin, considération également importante, le malade demande avec instance qu'on ne l'ampute pas de la cuisse et nous prie de faire tous nos efforts pour lui conserver son membre.

J'ajoute en dernier lieu que, dans ces dernières années, les risques opératoires de la résection du genou ont été considérablement diminués par l'introduction de l'antisepsie chirurgicale, et que l'on peut, sans témérité, aborder cette opération qui, moins sûre, il est vrai, au point de vue de la survie, que l'amputation de la cuisse, peut, en cas de réussite, conserver un membre tout à fait utile. Je vous donne en nombres ronds les chiffres de la mortalité après la résection du genou pour tumeur blanche obtenus par le dépouillement d'un très grand nombre d'observations.

Avant le pansement de Lister, la mortalité était de 31 pour 100 ; depuis son introduction dans la pratique, ce chiffre s'est abaissé à 21 pour 100, et enfin, depuis ces deux dernières années, elle a diminué jusqu'à ne plus être que de 12 pour 100. J'ajouterai, pour vous montrer la bénignité possible de l'opération en elle-même, quand elle ne s'adresse pas à des sujets en puissance ou en état de tuberculose, que la résection du genou faite pour l'ankylose angulaire de l'articulation a un chiffre de mortalité égal à *zéro !* C'est ce qui ressort d'un intéressant travail communiqué par M. Poinsot (de Bordeaux) à la Société de chirurgie.

Je résume donc dans les quelques mots suivants les indications qui m'ont paru militer en faveur de la résection.

Les raisons de ma conduite sont :

1o La limitation assez exacte des lésions aux surfaces

« Si les théories hydrauliques de la circulation du sang que les écoles enseignent sont exactes, il faut, dit-il à propos des belles recherches de M. Marey, de toute nécessité, que les organes de cette fonction aient été formés aussi mécaniquement ou artificiellement. Il faut alors que le cœur et les vaisseaux aient été construits par juxtaposition comme une pompe et ajustés les uns aux autres ; puisque le sang, liquide indépendant de son appareil moteur, pouvant exister sans lui et réciproquement, y ait été versé du dehors et se soit mis tout à coup à y courir en inondant successivement des canaux préalablement vides, etc....

« Je défie tous les circulateurs de l'Institut et des écoles d'asseoir leurs doctrines sur d'autres bases que celle-là. Oui, telle est, si ces théories sont vraies, l'embryologie de l'appareil circulatoire. »

En prêtant des idées aussi absurdes à ses adversaires, on doit en avoir aisément raison, j'en conviens. — Et je n'insiste pas. — Je ne crois pas avoir besoin de réfuter de pareilles objections.

Mais M. Pidoux continue ainsi sa polémique tout le long du volume ; à chaque instant il semble au lecteur qu'un coup de foudre, un éclair va enfin montrer à l'auteur qu'il fait fausse route, qu'il voit mal, qu'il ne comprend pas.

L'aveuglement persiste, et le lecteur ne se l'explique pas. Car à moins de fermer volontairement les yeux à la lumière, et sans qu'il soit besoin d'être un des *circulateurs* de l'Institut, tout le monde intelligent, tout lecteur qui aura un brin de bon sens, répondra à M. Pidoux : mais la théorie hydraulique de la circulation ne prétend pas remplacer la cause originelle de la circulation ; elle aspire seulement à vous faire voir *le comment* de la circulation, et nullement à vous dire le *pourquoi*.

Et M. Pidoux s'obstine ainsi, durant 400 pages, à ne pas voir le but que poursuivent les maîtres de la physiologie expérimentale, et il déploie toute sa vigueur de dialectique à réfuter les prétentions qu'il prête à ses adversaires, et que ceux-ci n'acceptent pas.

Cependant, tout n'est pas à dédaigner, tant s'en faut, dans cet ouvrage de M. Pidoux.

On a beau s'insurger souvent, à chaque instant, contre telle manière de voir trop absolue et surtout contre cette sorte d'aveuglement qui parfois semblerait toucher au partipris ou à la mauvaise foi, si on ne connaissait la franchise d'allures et la noblesse de caractère de l'auteur ; on poursuit quand même la lecture du livre.

articulaires et la possibilité d'une destruction totale de ces lésions;

2o L'intégrité des parties molles périarticulaires, le bon état de la jambe et du pied et celui de la cuisse à partir du genou;

3o L'âge du sujet, l'absence de lésions pulmonaires avérées, la nutrition relativement satisfaisante, qui permettent de compter sur les ressources nécessaires pour la consolidation osseuse et la réparation des dégâts traumatiques;

4o Les résultats donnés par les statistiques qui démontrent que la mortalité peut être abaissée à un chiffre consolant;

5o Le désir vif et légitime du sujet de ne pas être mutilé en perdant son membre inférieur.

Notre second malade est un homme de trente-six ans, entré dans le service, il y a une dizaine de jours, pour une affection chronique du genou. Il est couché au no 6 de la salle Saint-Pierre.

L'histoire de sa maladie est des plus simples; elle a débuté, il y a environ six ans, par un état de gêne, de sensibilité particulière du genou droit s'accompagnant d'une légère claudication. Le malade, valet de chambre à cette époque, se reposa pendant quelque temps, prit, sur l'avis d'un médecin, des douches locales de vapeur; puis, ne voyant survenir aucune amélioration, il changea de profession et subit à plusieurs reprises des applications de pointes de feu, de vésicatoires volants et de bandages compressifs. Mais l'emploi méthodique de ces moyens n'arrêtèrent pas la maladie, et le malade, boitant et souffrant, ne pouvant plus appuyer son pied à terre, le genou gonflé et demi-fléchi, se décida à entrer, en mars 1882, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Delens.

A Tenon, on pratiqua le redressement du genou et on l'immobilisa ensuite dans un appareil silicaté que le malade ne pût supporter d'ailleurs que peu de temps. M. Delens lui proposa alors de l'amputer. Le malade refusa, quitta l'hôpital et vint enfin nous trouver.

L'inspection du genou fait reconnaître l'existence d'une lésion qui ressemble beaucoup à celle dont est atteint notre précédent malade. Comme chez celui-ci, en effet, le genou est élargi, gonflé, douloureux à la pression et à l'exécution du moindre mouvement, le tibia sub-luxé en arrière, le cul-de-sac sous-tricipital distendu. Mais quand on examine les choses de plus près, il est facile de s'assurer que les surfaces articulaires et les extrémités osseuses sont ici bien plus malades, les lésions plus étendues et plus avancées. Le tibia est encore déformé et sensible à la pression à trois ou quatre travers de doigt au dessous du plateau articulaire; l'articulation péronéo-tibiale est entourée de bosselures molles et douloureuses, et si la synoviale contient des fongosités, elle renferme certainement aussi du pus. Le malade a le pouls rapide, une température générale élevée et de l'inappétence, et la peau qui recouvre le genou est chaude et légèrement œdématiée.

Cet homme est pâle, amaigri; il paraît plus vieux que son âge et se trouve dans un véritable état de misère physiologique.

En présence de l'étendue des lésions articulaires, en présence de cette suppuration et de cet état de dénutrition générale, la résection du genou est contre-indiquée. Elle ne saurait être tentée parce qu'elle serait impuissante pour supprimer la totalité du foyer pathologique et qu'entreprise en dehors de ces conditions elle donnerait des résultats déplorables. L'âge du malade et son état général représentent autant de contre-indications formelles, autant d'éléments défavorables à la réunion osseuse.

C'est donc à l'amputation de la cuisse qu'il faut nous arrêter. J'ajoute qu'il faut pratiquer cette opération dans le plus bref délai; il est de tout intérêt de supprimer au plus vite ce foyer d'origine manifestement tuberculeuse, qui peut devenir d'un jour à l'autre le point de départ d'une généralisation pulmonaire.

Je n'entre pas dans le détail du manuel opératoire. Je vous dirai seulement que lorsque j'ai, comme ici, le choix, je préfère employer la méthode à lambeaux, comme étant beaucoup plus favorable que la méthode circulaire à la réunion par première intention.

DERMATOLOGIE

DE L'ERYTHÈME POLYMORPHE EXSUDATIF (OU MALADIE D'HEBRA), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

I. APERÇU GÉNÉRAL

Ce sera la gloire d'Hébra et de l'école dermatologique de Vienne, d'avoir constitué et fait entrer dans le cadre nosologique cette bizarre entité morbide, que l'on a appelé l'érythème

C'est qu'on subit, en dépit de certains froissements, le charme du style. Et à ce point de vue, M. Pidoux est un vrai magicien, et un bien grand, puisqu'il captive malgré tout, même le lecteur mécontent.

∴

Le nombre des médecins des hôpitaux de Paris qui n'ont pas passé par l'internat est très restreint. Cependant on pourrait en citer parmi les noms les plus glorieux : témoin Andral. — Woillez et Hillairet, qui viennent de disparaître, se trouvaient dans le même cas.

Aujourd'hui, dans tout le corps médical des hôpitaux, il ne resterait plus qu'un seul membre faisant exception à la règle générale.

A propos de Woillez, je vais demander à notre collaborateur, M. Dureau, la permission de lui faire une question : dans votre notice sur Woillez, publiée dans la GAZETTE MÉDICALE, vous donnez pour mère à l'académicien défunt Mme Woillez, née Rieder, l'auteur du *Robinson des Demoiselles* et d'une multitude de nouvelles morales à l'*usage de la jeunesse chrétienne*. « Né à Montreuil-sur-Mer, Woillez était, dites-vous, le fils d'une femme bien connue dans le monde littéraire d'autrefois, l'auteur de l'*Enfant du boulevard* et de l'*Orpheline de Moscou*, et d'un livre auquel son fils a pu collaborer, *Les médecins moralistes*, enfin l'un des premiers traducteurs des œuvres de Silvio Pellico.

Or, voici que justement en parcourant ce curieux volume; *Les médecins moralistes*, j'ai vu une notice très intéressante sur Mme Woillez, que le docteur Descuret, son gendre, a placée en tête du livre. Et à la page X, je trouve : En 1846, Mme Woillez, qui avait perdu son mari et son fils, s'était retirée à Châtillon-d'Azergues. Là, elle continue d'écrire pour l'éducation de la jeunesse, et, de concert avec sa fille, etc., etc. D'où il ressortirait implicitement, puisqu'il n'est question de l'existence d'aucun autre fils dans le reste de la notice, que le Dr Woillez n'était pas le beau-frère de Descuret.

Quoiqu'il en soit de ses antécédents héréditaires, M. Woillez (qui était déjà l'auteur d'un grand travail archéologique sur les monuments religieux de l'ancien Beauvoisis, travail entrepris alors qu'il dirigeait l'asile d'aliénés de Clermont-sur-Oise) fit paraître, peu d'années avant sa mort, un petit volume de science dite vul-

multiforme, l'érythème polymorphe, ou encore l'érythème polymorphe exsudatif.

Il m'a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de chercher, en m'appuyant sur quelques unes des observations déjà nombreuses que j'ai recueillies, à caractériser la symptomatologie, l'évolution et la nature de cette nouvelle individualité pathologique; car l'étude en est restée forcément jusqu'ici entourée de quelque obscurité. Cette obscurité s'explique par le grand nombre de formes d'érythème existant déjà, et aussi par l'extension que certains auteurs, Lewin, Bohn, etc., ont voulu donner à l'affection récemment décrite, dans laquelle ils ont essayé de confondre l'érythème noueux, l'urticaire, presque tous les herpès et pour un peu les pemphigus.

Afin de mieux entrer et de plain-pied dans mon sujet, je vais d'abord rapporter un exemple d'érythème polymorphe exsudatif presque généralisé et des plus typiques que j'aie eu depuis peu l'occasion d'observer.

OBSERVATION I.

Érythème polymorphe exsudatif à type annuel, survenant chez une femme durant les périodes de non-menstruation. — Bruit de souffle cardio-vasculaire. — Essai négatif d'inoculation sur un lapin.

La femme de Pierre L..., ouvrier à la houillère de Commentry, est âgée de 27 ans. De petite taille, brune, elle nourrit un enfant âgé de 7 mois et demi. Née en pleine campagne, dans un hameau de la commune de la Celle, où elle s'est mariée au mois de novembre 1875, elle s'est toujours bien portée, me dit-elle, durant sa jeunesse. Elle n'a jamais eu de rhumatisme. A l'âge de neuf ans, elle a eu une rougeole bénigne qui a guéri rapidement. Ni ses trois frères ni ses trois sœurs, non plus que leurs parents n'ont eu de rhumatismes, ni d'éruption semblable, pas même analogue, à celle pour laquelle je suis appelé aujourd'hui.

Cette jeune femme a eu quatre enfants, dont un, le premier né, est mort à l'âge de trois mois, pendant qu'elle le nourrissait. Il aurait succombé (mai 1877) à un affaiblissement progressif, sur la nature duquel je n'obtins aucun renseignement plus explicite.

Madame L... a nourri ses trois autres enfants, trois filles. Elle a sevré la première à treize mois, la deuxième à quatorze et la troisième âgée aujourd'hui (juillet 1881) de treize mois, prend encore le sein. Durant ces allaitements, les règles sont toujours revenues au bout de onze mois après l'accouchement.

Le ménage L..., habitait un logement humide pendant les deux premières années du mariage. En juin 1878, on vint habiter Commentry; et les premiers dix-huit mois, on occupa un rez-de-chaussée également humide. Enfin au mois de novembre 1879, les époux L... sont venus rester dans la maison où ils sont aujourd'hui, et qui est dans de meilleures conditions hygiéniques, quoiqu'elle ne soit composée que d'un rez-de-chaussée. Les murs et le sol sont très secs.

Au mois d'octobre 1877, madame L..., pendant qu'elle était enceinte de sa première fille (au deuxième mois de sa grossesse), eut pour la première fois une éruption analogue à celle qu'elle présente aujourd'hui. Une deuxième éruption semblable survint, en novembre 1878, au sixième mois de l'allaitement de cette même fillette; une troisième éruption est apparue, en décembre 1879, quand Mme L... était enceinte de son troisième enfant. L'année dernière (décembre 1880, janvier 1881), la femme L..., qui était enceinte de trois à quatre mois, n'eut pas son éruption des années précédentes. Mais au commencement de l'année 1882, dès le 1er ou le 2 janvier, elle a ressenti pendant quelques jours un petit frisson survenant vers six heures du soir, frisson suivi d'un peu de fièvre.

C'est le 13 janvier qu'elle a remarqué des rougeurs sur la face dorsale des mains. Le 15, j'étais appelé auprès d'elle et je constatais, avec un peu de fièvre (le pouls battait 112 fois par minute, et la température axillaire s'élevait à 38°,3) la présence de papules sur le dos des mains et des pieds. Ces papules offraient des dimensions variant depuis le diamètre d'une grosse lentille jusqu'au diamètre d'une pièce de 1 franc.

Les plus petites étaient d'un rouge rosé, les plus étendues d'un rouge sombre. Je compte 5 taches principales à la main droite, et 7 à la main gauche. La plus grosse siège entre les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius de la main gauche. Elle est surmontée d'une petite bulle transparente. Une autre, presque aussi considérable, est placée sur le premier métacarpien du côté droit. Cette dernière papule offre à son pourtour une série de vésicules dont quelques-unes sont assez confluentes pour représenter deux petites bulles à contenu séreux. La langue est un peu saburrale, et sur le rebord de la lèvre supérieure on voit, un peu à droite, un petit groupe de vésicules herpétiques.

Je conseille d'appliquer sur les mains des compresses trempées dans de la décoction un peu tiède de racine de guimauve, et je prescris 30 gr. d'huile de ricin à prendre le lendemain matin.

Le 17, la bulle de la main gauche est devenue presque une pustule. Le liquide est plus que louche; et sur la main droite les vésicules se sont groupées de manière à former une bulle. Quelques papules sont devenues violacées. Aux pieds ce sont de simples plaques d'érythème papuleux d'un rouge foncé que l'on aperçoit, mais il existe de plus que l'avant-veille des taches rouges autour des genoux, surtout à la face antérieure, et plus nombreuses au genou droit.

---

garisée (chez Plon, in-18, 1877). Cet ouvrage, il l'intitula *L'homme et sa science au temps présent.*

J'avais cru d'abord, au moment où il parut, qu'il s'agissait dans ce livre des connaissances générales que l'étude des générations successives a mises à la disposition de l'homme à l'époque où nous vivons. En un mot, je pensais qu'il était question de l'homme comme *sujet*, et non comme *objet* de la science.

Je me trompais, Woillez s'est occupé des résultats auxquels l'on est arrivé en prenant l'homme comme objet d'étude.

* * *

A propos de la mort d'Hillairet, j'ai lu, sur mainte notice nécrologique, que c'était à l'instigation de Bouillaud, dont Hillairet avait été chef de clinique, qu'il s'était présenté au concours du bureau central; on laissait même supposer que la protection d'un maître aussi illustre n'avait pas dû rester étrangère au succès d'Hillairet. Eh bien! rétablissons les faits. Ce fut malgré Bouillaud qu'Hillairet se présenta et arriva au bureau central.

Et voilà comme on écrit l'histoire.

Dans les listes bibliographiques des productions émanées de la plume du docteur Hillairet, il est un travail dont l'omission ne nous a pas étonné: il s'agit d'un livre fait en collaboration avec un professeur agrégé de la Faculté de Paris, aujourd'hui professeur de pathologie interne dans une des nouvelles Facultés de province. Bien que ce livre soit resté annoncé pendant plusieurs années sur le catalogue d'une de nos plus importantes maisons de librairie, il n'a point vu le jour.

En voici le titre: *Notions élémentaires d'anatomie et de physiologie appliquées aux exercices de gymnastique.*

Complètement imprimé en juillet 1870, il ne manquait plus que la table des matières, le titre et la préface, lorsque la guerre survint, puis le siège, puis la commune, puis d'autres empêchements. Et l'ouvrage a disparu du catalogue.

Ainsi vont les choses de ce monde: autant en emporte le vent, comme disait Villon.

Dr PÉTER-PAUL SOMANS.

L'éruption de la lèvre supérieure s'est ulcérée et s'est étendue. Elle ressemble à une plaque d'impétigo dont on viendrait de faire tomber la croûte. La lèvre inférieure près de la commissure gauche présente un groupe de vésicules herpétiques à contenu un peu rosé.

Le 18, la grosse pustule de la main gauche paraît s'affaisser vers le centre: elle a une forme irrégulière, la forme d'un rein; le grand diamètre presque transversal mesure 4 à 5 centimètres. A l'aide d'une épingle je perce la phlyctène, et je recueille dans un verre quelques gouttes du contenu, liquide blanc jaunâtre que je me propose d'inoculer à un lapin

Essai d'inoculation sur un lapin.

Le même jour, le 18 janvier, sur le côté droit du cou rasé d'un jeune lapin et sur les côtés de la colonne dorsale, je fis trois piqûres à l'aide d'une lancette à vaccin chargée du liquide recueilli dans la pustule de Mme L... Il n'y eut pas d'éruption. Trois croûtes se voyaient trois jours après, et le huitième jour il ne restait aucune trace des piqûres. Le lapin se portait bien, sauf qu'il eut une diarrhée persistante pendant cinq semaines. Puis il a engraissé, et enfin il a été mangé quatre mois après par un voiturier, qui avait été prévenu de l'expérience et qui n'a éprouvé aucun trouble d'aucun genre, pas plus que sa femme ni ses enfants.

Le 20 janvier. — Le pouls est à 96. La température axillaire ne dépasse pas 37°,1. J'entends un souffle léger au cœur après le premier bruit; l'appétit est médiocre.

Hier et puis ce matin, il s'est produit aux deux lèvres une hémorrhagie assez abondante. A la place des deux efflorescences herpétiques des jours précédents, on voit deux croûtes énormes d'un rouge noirâtre, dont la plus volumineuse occupe la lèvre supérieure. Sur les pustules des mains je fais un pansement avec du liniment oléo-calcaire.

En examinant la cavité buccale, j'aperçois une petite tache d'un rouge violet sur la voûte palatine, laquelle serait douloureuse à la pression du doigt. Sur la muqueuse de la face interne de la joue droite, je constate une légère ulcération.

Sur les deux coudes on voit de larges taches rouge-clair qui paraissent récentes; sur le coude droit une de ces papules est ulcérée.

Aux genoux, les papules se sont étalées; elles sont devenues énormes; elles sont sans exsudat, et quelques-unes, affaissées et pâlies à leur centre, représentent fort bien ce que l'on a décrit sous le nom d'érythème iris; car les rebords sont successivement violet, bleu foncé, bleu pâle, jaunâtre, rouge et rose.

Un certain nombre de plaques sont cohérentes; et au-dessous du genou droit, à la face interne, on aperçoit une plaque à rebord linéaire et presque circulaire. C'est bien de l'érythème marginé.

Aux pieds, sur la face dorsale, je remarque de nombreuses taches; une de ces taches est très douloureuse à la pression. Elle siège à la face dorsale du deuxième orteil (sur l'articulation phalango-phalanginienne).

Je trouve deux taches légères à chacune des plantes des pieds. Je constate aussi quelques petites macules à la face palmaire des mains.

A la face dorsale des mains et aux poignets, il y a de l'exsudation, ce sont des pustules ombiliquées, des bulles, des vésicopustules.

Le thermomètre, placé successivement dans chacune des mains, donne: à droite 36°6, à gauche 36°5.

Quelques papules peu étendues sont disséminées sur les avant-bras, les jambes et les cuisses. Rien au tronc.

Le 21 janvier. — Le pouls est à 76. La femme L... souffre de violentes coliques. Elle n'a pas eu de selles depuis trente-six heures. Je prescris un lavement simple qui la soulage.

La physionomie de Mme L... présente un aspect singulier surtout lorsque elle veut rire, à cause de la croûte hématique de la lèvre supérieure qui est toujours adhérente et fait une saillie considérable. Celle de la lèvre inférieure est presque nulle.

Le 25 janvier. — Le pouls est à 120. La malade est très faible. Je prescris du sirop d'iodure de fer.

Le 28, le pouls est redescendu à 86. Je continue le sirop d'iodure de fer, mais comme il y a de l'inappétence, je conseille de prendre 50 grammes de vin de gentiane avant chacun des trois repas.

Le 29, la femme L... ressent des douleurs excessives sur la crête du tibia, du côté droit.

Le 31, le pouls est à 80; il y a depuis hier de l'œdème des paupières, surtout à droite.

La croûte de la lèvre supérieure, est énorme. C'est une vraie croûte de rupia, sèche, noire, d'un aspect rocailleux. La croûte de la lèvre inférieure est presque entièrement tombée.

Depuis le commencement de l'éruption le nourrisson de notre malade s'est parfaitement bien porté; et cependant la mère est restée alitée plus de quinze jours étant très faible et mangeant très peu.

Le 4 février, Mme L..., vient à ma consultation; elle se plaint d'avoir tous les soirs, après le repas, le ventre excessivement ballonné. Depuis avant hier le ballonnement est très douloureux, surtout à l'épigastre. Une demi-heure après avoir mangé elle a de nombreux renvois sans odeur et sans mauvais goût.

Les mains, surtout à la face dorsale, et les coudes sont le siège d'une desquamation des plus complètes. La croûte de la lèvre supérieure est presque tombée. Le genou gauche est à peu près guéri. L'éruption du genou droit commence à sécher.

On entend un léger bruit de souffle à la région cardiaque vers la base du cœur et après le premier bruit. Dans les vaisseaux du cou le stéthoscope permet de constater, mais seulement du côté droit, un bruit de souffle doux continu. Le pouls est à 84.

Je procède à la numération des globules sanguins, par la méthode de MM. Malassez et Potain, à l'aide du capillaire artificiel.

Je trouve après trois numérations une moyenne de 3 millions 276.000 hématies par millimètre cube de sang. Les globules ont une moyenne de 5 à 6 millièmes de millimètre de diamètre.

A l'hèmatochromomètre du docteur Malassez, je constate une richesse en hémoglobine de 0 milligramme 072, et une capacité respiratoire de 0mm.c. 150. — Sirop d'iodure de fer. Vin de quinquina.

Le 16 février, les deux genoux se sont desquamés presque complètement. Les pieds ont gardé leur ancien épiderme. Je n'entends plus de bruit de souffle.

Cinq mois après, le 18 juillet, Mme L... est revenue à ma consultation. Elle nourrit encore. Elle souffre d'un peu de cystite du col. Je prescris des pilules de térébenthine associée à de l'hydro-carbonate de magnésie (5 grammes de chaque en 50 pilules à prendre en huit jours). L'état général est satisfaisant. La face dorsale des mains présente une surface fortement pigmentée au niveau du point où siégeaient les deux plus grosses bulles.

Les battements du cœur sont normaux.

Le 25 juillet, les douleurs à la suite de la miction sont à peu près calmées. Mme L... ne se plaint que de démangeaisons assez vives qui surviennent dès qu'elle est couchée et qui l'empêchent de dormir. Ces démangeaisons siègent, dit-elle, sur toutes les parties du corps, au tronc aussi bien qu'aux membres; elles n'ont pas cessé depuis le mois de février.

Le 19 septembre, je revois cette femme qui n'a plus aucune démangeaison.

REMARQUES

On voit par cette observation, comment peuvent se trouver groupés, sur un même sujet et en même temps, plusieurs lésions cutanées élémentaires, qui jusqu'à ce jour avaient été décrites comme des affections distinctes.

Ici de simples taches rouges, des macules: là des papules (de l'érythème papuleux); là encore de l'érythème annulaire ou gyroïde et de l'érythème iris; puis ailleurs des vésicules, des bulles, des pustules, des croûtes soit impétigineuses, soit

sanguines, enfin de la desquamation par places de l'épiderme.

Mais on remarquera surtout que des taches primitivement semblables, ont évolué très différemment : les unes se maintenant à l'état de simples taches érythémateuses, d'autres deviennent papuleuses. Puis de ces taches papuleuses, les unes on t disparu sans laisser de traces, d'autres se sont étendues ou se sont recouvertes de vésicules, de vésico-pustules, de bulles ; d'autres même guérissaient à leur centre, tandis qu'elles s'étendaient à la périphérie.

Dans cette observation, on peut noter de plus la coïncidence d'un certain degré d'anémie avec bruit de souffle. Et cet état d'anémie, qui a dû être favorisé chez ma malade par le fait de l'allaitement, a disparu peu à peu sans laisser de traces.

Bien qu'il n'y ait pas eu de rhumatisme dans les antécédents personnels, non plus que dans les antécédents héréditaires, il serait permis d'attribuer à l'humidité des logements successivement habités par cette femme, une certaine influence dans la production de ces quatre éruptions survenues en quatre ans, à peu près à la même époque de l'année et avec une seule lacune d'un an.

Mais ces éruptions s'étant toujours produites dans les périodes où la menstruation était suspendue, tantôt par la grossesse, tantôt par l'allaitement, il est permis de faire entrer aussi en ligne de compte dans la pathogénie de l'affection érythémateuse l'état de non menstruation.

Cela viendrait à l'appui de l'opinion que M. Kaposi soutient dans ses leçons (1), ainsi que M. Lewin et M. Rosenberg. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, N° 4*, 1879).

Cette observation est remarquable encore par la généralisation de l'éruption qui n'est pas restée localisée à la face dorsale des pieds et des mains, mais a gagné aussi les coudes, les genoux, la figure, et même par quelques légères plaques, s'est montrée à la face plantaire des pieds et à la face palmaire des mains.

De plus, on a pu s'assurer que cette affection ne s'accompagnait pas d'algidité des mains ainsi qu'on l'a prétendu.

Enfin j'appellerai l'attention sur ce point que, s'il y a eu des cicatrices pigmentaires, ce n'est qu'au niveau des plus grosses bulles des mains, où les taches persistaient encore six mois après la guérison de l'affection. Mais la desquamation des genoux et des mains, qui n'est pas signalée dans les observations publiées jusqu'à ce jour, me paraît beaucoup plus digne de fixer l'attention.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Le microcoque de l'érysipèle. — Inoculation a l'homme de produits de culture, par M. Fehleisen (2).

Déjà, dans le courant de l'année dernière, M. Fehleisen avait signalé chez les sujets atteints d'érysipèle la présence constante de microcoques dans les vaisseaux lymphatiques des régions cutanées envahies par l'exanthème. Depuis, l'auteur s'est préoccupé de démontrer que ces microcoques ne sont autres que les germes organisés de l'érysipèle. Il croit y avoir réussi, et voici comment il a opéré :

Il a excisé de petites parcelles de peau, dans la zone envahie par l'érysipèle et lavée préalablement avec de l'éther et avec une solution de sublimé. Ces petits fragments de peau étaient ensuite déposés dans de la gélatine préparée suivant les indications de M. Koch, pour servir de milieu de culture. Dans ces conditions, les microcoques se mettaient à pulluler, en formant autour des parcelles introduites une végétation touffue. En réimplantant ces moisissures, à l'aide d'une aiguille en platine, dans un autre point du milieu de culture, il se formait une membrane mince et ténue autour du point de piqûre, en même temps que le trajet creusé par l'aiguille se tapissait d'un dépôt blanchâtre et dense. Ces colonies de microcoques végètent d'ailleurs très lentement, et à la température ordinaire elles ne tardent pas à être arrêtées dans leur développement. Examinés au microscope, ces produits de culture laissaient apercevoir les microcoques démontrés précédemment par l'auteur sur des préparations fraîches ; seulement, dans la gélatine, ces microorganismes forment des chaînes plus allongées.

De semblables produits de culture, parvenus à la quatrième génération, ont été inoculés par M. Fehleisen dans la région fessière gauche d'une femme de 58 ans, affectée de fibromesarcomes multiples de la peau agglomérés dans la région susdite sous forme de nodosités confluentes. C'est dans l'une de celles-ci qu'eut lieu l'inoculation, par cinq piqûres pratiquées avec une lancette. Jusque-là, la température interne de cette femme s'était tenue dans les limites normales. Le jour de l'inoculation, dans la soirée, cette température marquait 37·7, le lendemain matin 37·5. Le même jour, à dix heures, la femme eut un léger frisson ; dans le courant de la journée, elle se plaignit d'avoir mal à la tête ; elle avait moins d'appétit que d'ordinaire. Le soir la température interne s'était élevée à 38·8, et elle marqua 37·2 le matin du troisième jour et 37·8 le soir.

Le lendemain, quatrième jour, la femme fut prise d'un frisson à quatre heures du matin ; on découvrait maintenant, sur la fesse gauche, une plaque d'érythème, saillante, bien circonscrite, ayant tous les caractères de l'érysipèle marginal. T. M. 40o,5. La plaque d'érysipèle gagna en étendue dans le courant de la journée. T. S. 40o,6.

Le cinquième jour, l'érysipèle s'étendit avec rapidité. T. M. 39o,8. — T. S. 41o.

Le sixième jour, la température descendit à 38o,7 le matin, pour remonter le soir à 41o,1 ; en même temps, la femme tomba dans le collapsus. On l'en fit revenir en lui pratiquant une injection sous-cutanée d'éther et en lui faisant prendre du camphre à l'intérieur.

Le septième jour, l'érysipèle occupait une surface de plus d'un pied carré. T. 41o,6. L'éruption ne fit que peu de progrès dans les trois jours qui suivirent, durant lesquels la température interne de la malade oscilla entre 39o,2 et 40o,6. Puis la plaque érythémateuse se mit à pâlir et à rétrograder. Au douzième jour, la température interne était encore de 38o,8 le matin, et de 39o,3 le soir ; elle s'éleva même à 40o dans la soirée du treizième jour. A partir du quinzième, elle se maintint au niveau physiologique. Comme effet local, la poussée érysi-

(1). Kaposi dit en effet : « chez quelques personnes du sexe féminin qui, à la suite du développement de l'utérus, sont atteintes d'aménorrhée, de chlorose, de stérilité, on voit survenir de temps en temps, pendant plusieurs années, de l'érythème des mains et notamment du front, sous forme d'érythème ortié et iris. »

(Leçons sur les maladies de la peau, traduites et annotées par MM. Besnier et Doyon, T. I, p. 377).

(2) Deut. medic. Wochenschr., no 41, 1881.

pélateuse semblait avoir amener un ratatinement de la masse néoplasiée. Enfin, l'auteur fait savoir, en terminant, que l'on réussit sans peine très bien à inoculer l'érysipèle au lapin, surtout quand on choisit l'oreille comme lien d'inoculation.

Qu'on nous permette d'exprimer l'espoir que ceux qui voudront contrôler ces résultats aient le courage d'expérimenter sur eux-mêmes, si les lapins ne suffisent pas à cette fin.

E. Ricklin.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIENE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

SÉANCES GÉNÉRALES

TRAVAUX DES SECTIONS

1re section (Présidence de M. le professeur Révillion).

Suite. — Voir les numéros 38 39, et 40.

M. le docteur de Cérenville, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, fait une communication sur la marche de la fièvre typhoïde à Lausanne dans ces vingt dernières années. Depuis que l'eau est distribuée à profusion dans les divers quartiers de la ville, la fièvre typhoïde est devenue beaucoup plus rare.

M. le docteur Proust (de Paris) pense que, dans l'état actuel de la science, il ne saurait y avoir de théorie unique pour expliquer tous les cas de fièvre typhoïde et toutes les épidémies de dothiénentérie. Se plaçant sur le terrain de la prophylaxie internationale, il voudrait que la fièvre typhoïde fût étudiée au point de vue de ses causes de la même manière dans tous les pays civilisés. Pour atteindre ce but, il propose de faire un questionnaire international pour l'étude des causes de la fièvre typhoïde, questionnaire que devraient remplir les autorités sanitaires de tous les pays. Peut-être pourrait-on prendre comme point de départ le questionnaire qui a été dressé par les Conseils d'hygiène français.

M. le docteur Soyka démontre, d'après un tableau, que, dans la ville de Munich, les recrudescences typhoïdes sont en rapport avec les niveaux les plus bas de la nappe d'eau souterraine.

Il cite d'autres faits analogues observés dans d'autres villes et spécialement à Paris et Clermont-Ferrand.

M. Duplessis (de Paris), vétérinaire principal, rapporte un certain nombre de cas où il y a eu coïncidence entre les épidémies de fièvre typhoïde de cheval et des épidémies de choléra et surtout de fièvre typhoïde chez l'homme.

—M. le docteur Roulet, conseiller d'Etat de Neufchâtel, a traité ensuite la question de l'*alcoolisme*.

L'abus de l'alcool éthylique ou l'usage même modéré d'alcools plus élevés de la série monoatomique, spécialement l'usage de l'alcool amylique, déterminent un empoisonnement aigu ou chronique, une maladie connue sous le nom d'*alcoolisme*.

Les effets individuels et sociaux de l'alcoolisme sont bien connus; mais M. Roulet désirerait qu'une statistique annuelle et uniforme fût dressée dans les divers pays civilisés pour établir :

1o La quantité annuelle de chacune des boissons alcooliques, fermentées ou distillées, consommée dans chaque pays;

2o La qualité de ces diverses boissons au point de vue alcoolique;

3o La statistique des décès que l'on peut attribuer à l'acoolisme;

4o La statistique des cas d'aliénation mentale d'origine alcoolique;

5o La statistique des crimes commis par des individus sous l'influence alcoolique aiguë ou chronique;

6o La statistique des cas d'exemption du service militaire que l'on peut attribuer à l'alcoolisme, agissant soit directement sur le jeune homme exempté, soit indirectement par l'influence héréditaire.

La société a le devoir de lutter énergiquement contre le fléau de l'alcoolisme. Elle doit le faire autant par l'action de l'Etat que par celle des individus et des associations libres.

I. L'Etat peut agir soit par des impôts sur la fabrication et la vente des boissons distillées, d'autant plus élevés que ces boissons contiendront plus d'alcools impurs; par des droits de patente plus élevés pour les débits qui vendront, à côté des boissons fermentées, des boissons distillées; par une surveillance des boissons vendues au public, et par des pénalités élevées frappant les vendeurs de boissons altérées ou falsifiées; par une législation sévère relative aux établissements ouverts au public pour la consommation des boissons fermentées ou distillées; par une répression de l'ivresse publique habituelle et volontaire.

II. L'action des individus et des associations libres pourra s'exercer par la formation de Sociétés ayant pour but de fournir des logements salubres et à bon marché, de Sociétés coopératives pour l'achat des denrées alimentaires, de boulangeries et boucheries sociales, de cuisines populaires et de fourneaux économiques; par des encouragements donnés à la fabrication de boissons saines, économiques et de bonne qualité; par la publication de brochures et d'ouvrages populaires faisant ressortir les funestes effets de l'abus des boissons alcooliques et les avantages de la tempérance; enfin, par l'organisation d'institutions qui puissent remplacer les débits de boissons, et procurer, spécialement à la classe ouvrière, des délassements autres que ceux du cabaret.

Mais la lutte contre l'alcoolisme n'aboutira à des résultats sérieux que lorsqu'on aura pu exclure absolument du commerce tout alcool autre que l'alcool éthylique. Pour cela, il faudrait posséder un réactif chimique qui permette de doser exactement et rapidement, dans un liquide alcoolique quelconque, la quantité d'alcool non éthylique qui y est contenue, et interdire toute fabrication d'alcool qui n'assurerait pas une rectification parfaite des produits obtenus.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

M. le Président annonce que Mme veuve Woillez, conformément à un désir exprimé par son mari, a fait don à l'Académie du portrait de Louis.

M. Bergeron présente, au nom de M. Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, un volume intitulé : *Traité des désinfectants et de la désinfection.*

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Leudet, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, une brochure intitulée : *Recherches sur les accidents causés par l'empoisonnement saturnin chronique, à Rouen.*

M. J. Rochard présente, au nom de MM. Delrieu et Mourson, médecins de la marine, des rapports sur les vaccinations pratiquées en Cochinchine pendant les années 1881 et 1882.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Bertherand, d'Alger, une brochure intitulée : *Malaria et forêts en Algérie.*

M. Yungfleisch, au nom de la commission des remèdes secrets

et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Weber, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, lit en son nom et au nom de M. Thomas, pharmacien à Vincennes, un travail intitulé : *Note sur l'étoupe à pansement, purifiée et antiseptique.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, J. Rochard et Léon Labbé.

— M. BOULEY présente, au nom de MM. Thiernesse et Degives (de Bruxelles), un travail manuscrit sur des expériences d'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine par injection intra-veineuse. C'est une application nouvelle et heureuse du procédé de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, et qui leur a si bien réussi dans leurs expériences d'inoculation intra-veineuse du charbon symptomatique. Ce mode d'inoculation, dans les expériences de MM. Thiernesse et Degives, a donné lieu à une maladie d'une extrême bénignité; tous les animaux qui ont subi l'injection intra-veineuse de la péripneumonie contagieuse ont été réfractaires à l'injection du même virus dans le tissu cellulaire. Ils avaient acquis l'immunité absolue contre la maladie.

— PROUST lit une *Note sur la situation sanitaire actuelle, relativement au choléra.*

Des deux voies suivies jusqu'ici par le choléra, la voie de terre semble ne devoir, dit M. Proust, nous inspirer pour le moment aucune inquiétude; c'est sur la route de mer que doit se concentrer notre surveillance constante.

Dans une communication qu'il a faite récemment au Congrès de Genève, M. Proust a rappelé comment nous avions, l'an dernier, échappé au péril, grâce aux mesures prises.

Au moment de sa communication, des inquiétudes très légitimes étaient conçues à propos de l'expédition anglaise en Egypte; elles étaient motivées par la nouvelle que l'armée anglaise serait renforcée par un contingent de troupes venant de l'Inde.

Aujourd'hui les craintes d'importation par les troupes venant de l'Inde sont heureusement dissipées. Les bruits de l'existence du choléra en Egypte ont été contredits à la suite d'informations sérieuses.

D'un autre côté le choléra règne sur plusieurs points de l'extrême Orient : au Japon, aux îles Philippines, dans les îles Hollandaises de Java et de Sumatra, et dans la péninsule Indo-Anglaise. Mais là n'est pas le véritable danger. Il réside dans la mer Rouge; le péril de l'importation va, en effet, reparaître plus menaçant, à cause du pèlerinage de la Mecque dont les cérémonies doivent commencer le 24 de ce mois.

D'après des renseignements récents, un navire, l'*Hespéria*, venant de Bombay, chargé de pèlerins, au nombre de 500, aurait eu à bord un cas de choléra mortel dans son trajet à Aden. Repoussé d'Aden, il a débarqué à l'île de Camaran, située dans la partie sud de la mer Rouge et servant pour la première fois de lieu de quarantaine; un second, puis un troisième, un quatrième et successivement jusqu'à 14 cas mortels de choléra parmi lesquels un gardien de lazaret, se seraient déclarés pendant la quarantaine.

L'autorité anglaise avait à tort délivré patente nette à ce navire sous le prétexte que le choléra n'était pas épidémique à Bombay, puisque l'on n'y observait que quelques cas isolés. Il est à craindre que, comme l'année dernière, le choléra ne sévisse pendant le pèlerinage.

Les mesures prises, à l'instigation du gouvernement français, et qui ont par trois fois préservé l'Europe de l'invasion du choléra, ont surtout pour but d'empêcher le retour direct par mer des pèlerins à Suez.

Quant aux caravanes, elles ne sont pas dangereuses; elles ont à traverser des déserts étendus, et l'expérience a appris que, dans ces circonstances, au bout de quelques jours, la caravane devient indemne du choléra.

En résumé, malgré la présence du choléra dans diverses parties de l'extrême Orient, le véritable danger pour nous, à l'heure actuelle, c'est le pèlerinage de la Mecque, pèlerinage qui doit avoir lieu dans le courant de ce mois.

Le choléra peut s'y montrer et il faut que le retour des pèlerins (à la fin d'octobre ou dans les premiers de novembre) soit entouré d'un ensemble de mesures, de surveillance dont l'objectif sera la protection de l'Egypte.

L'Egypte préservée nous défend contre l'importation du choléra; si elle est envahie, nous n'avons plus de barrière qui puisse arrêter le fléau arrivant en Europe. Or, dans la situation politique actuelle, la protection de l'Egypte dépend uniquement du bon vouloir de l'autorité anglaise, mais nous avons l'espoir que notre gouvernement arrivera à cet égard à une entente avec le gouvernement britannique.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'allaitement artificiel.

M. DE VILLIERS pense que, dans l'allaitement artificiel, il faut se rapprocher le plus possible de la marche que suit la nature elle-même, qui, dès les premiers jours, ne donne pas à l'enfant le lait du sein tout complet; il est donc nécessaire de couper le lait de l'animal avec de l'eau simple, si ce lait est pur, de le sucrer légèrement, car trop de sucre altère et excite la soif de l'enfant, et d'employer l'eau dans la proportion de la moitié pour le premier mois, d'un quart pour le mois suivant et de le donner pur dès le troisième ou quatrième mois, selon la tolérance de l'estomac et les besoins de l'enfant.

C'est là une étude presque journalière et délicate à faire, et qui demande beaucoup de soins et d'attention de la part des personnes chargées de l'allaitement artificiel.

Quant à la proposition faite par M. Tarnier de créer une étable et une crèche d'essai, contenant un petit nombre d'enfants abandonnés, M. de Villiers, bien qu'il ne repousse pas d'une manière absolue cet essai, et qu'il soit même disposé à lui prêter son concours, se demande si réellement une expérimentation tentée avec tous les soins, toute la prudence et toutes les conditions hygiéniques et scientifiques les plus désirables, nous en apprendra plus que celle qui vient d'être faite par M. Parrot, aux Enfants-Assistés, et par M. Tarnier, à la Maternité. Il ne sera jamais possible d'accumuler, dans le nouvel établissement, un personnel d'enfants plus nombreux que celui accepté par ces deux éminents collègues; ce personnel exigera des soins, une surveillance et des ménagements semblables à ceux qu'ils ont établis.

Les travaux antérieurs, comme l'a rappelé avec tant de raison M. Jules Guérin, ont déjà fourni un contingent assez respectable de faits pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur de la méthode dans telle ou telle situation donnée; restent sans doute quelques détails de régime à mieux connaître, mais ce qui, selon M. de Villiers, domine tout dans l'allaitement artificiel des enfants, et ce qui rend incontestable le résultat des faits acquis, c'est l'active surveillance, la propreté constante, l'observation journalière de la santé de l'enfant, que des parents intelligents, une mère surtout, sont seuls capables d'apporter, avec le médecin, dans la nourriture de l'enfance.

— M. le docteur APOSTOLI lit un travail intitulé : *Sur l'emploi nouveau, en thérapeutique, de la terre glaise.* En voici le résumé :

Il conseille l'introduction, dans la pratique de l'électrothérapie, de l'usage d'un nouvel électrode, *la terre glaise*, destiné à remplacer dans bien des cas les électrodes rigides, presque uniquement employé jusqu'à ce jour. — Cliniquement, elle offre en effet des avantages incontestables dont voici l'exposé sommaire :

1° *Elle facilite et complète, certaines applications de galvano-caustique chimique c'est-à-dire de cautérisation positive ou négative appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature.*

Mieux que tout autre électrode, elle *limite* et *termine* sûrement toute action électrolytique, cautérisant tout ce qu'il faut cautériser, sans dépasser les limites tracées d'avance.

2° *Elle assure une plus grande constance au courant.* Un peu plus résistante que les tampons ordinaires, elle se dessèche moins vite et conserve beaucoup plus longtemps un même degré de conductibilité ; elle humecte bien l'épiderme et s'applique uniformément sur lui.

3° *Elle facilite les applications de longue durée.* Elle est assez visqueuse en effet pour adhérer spontanément à la peau ; elle supprime ainsi le concours d'un aide.

4° *Elle permet de varier à volonté l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application, et est destinée à vulgariser la pratique de la galvanisation*, car c'est un électrode mou, facile à trouver partout, qui ne s'use pas, prend la forme qu'on désire, se modèle sur la peau et baigne une étendue de surface facultative.

5° *Elle permet de limiter, de localiser l'action* TOTALE *du courant en réduisant au minimum l'influence fâcheuse de sa diffusion ou de sa dérivation.*

On peut en effet fermer le circuit sur lui-même grâce à deux pôles concentriques, augmenter ainsi sans danger l'intensité du courant et rendre l'opération plus complète et plus rapide. Les applications de galvano-caustique chimique à la tête et la cure des anévrysmes de l'aorte devront y puiser une large contribution.

6° *Elle diminue la douleur des applications de galvano-caustique chimique* en rendant la peau plus conductrice grâce à une humectation plus complète, elle diminue la résistance à son passage et, par suite, les effets calorifiques du courant, dont la douleur est la conséquence directe.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes.

BIBLIOGRAPHIE

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, par le docteur H. Bastard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les accidents qui se rattachent à la présence des tumeurs fibreuses dans les parois de l'utérus, la possibilité de l'apparition d'une thrombose veineuse à distance n'avait guère été signalée que d'une manière tout à fait exceptionnelle, et c'est à peine s'il en est fait mention dans les traités de gynécologie. Cependant cette complication est possible et même relativement assez fréquente, comme cela ressort de l'intéressant travail que M. Bastard a consacré à l'étude de ce point particulier de l'histoire des fibromes utérins. Ce travail est fondé, en effet, sur l'analyse de quinze observations empruntées à diverses sources, et c'est à l'aide de ce contingent de faits déjà respectable que l'auteur a pu décrire les symptômes propres à cette complication et chercher en même temps les conditions qui président à son mode de développement et sa pathogénie.

Les symptômes n'offrent rien de particulier à noter ; ils ne diffèrent par aucun coté fondamental des phénomènes cliniques, si bien exposés par Trousseau, que l'on observe dans la phlegmatia alba dolens due à d'autres causes, et notamment dans celle due à une affection cachectique, cancer, tuberculose, suppuration prolongée. Mais il n'en est pas de même du pronostic, qui semble bien plus grave au point de vue des conséquences locales immédiates de la thrombose veineuse que dans la phlegmatia alba d'origine cachectique. On trouve, en effet, la mort par embolie pulmonaire notée cinq fois dans les quinze observations réunies par M. Bastard, proportion considérable si on la compare à la rareté relative de cette complication dans la phlegmatia cachectique. Ce funeste privilège de la phlegmatia liée à l'existence des fibromes utérins, de prédisposer à l'embolie pulmonaire, M. Bastard l'explique par l'absence de travail inflammatoire autour du caillot, et au défaut d'adhérence entre ce dernier et la paroi veineuse, résultant elle-même de cette absence d'inflammation préalable. Dès lors, il est facile de comprendre, en effet, que le moindre ébranlement de la paroi vasculaire, un choc léger, une friction intempestive, parfois même un simple déplacement du membre, pourront avoir pour effet immédiat de détacher une partie du caillot et de déterminer ainsi sa mise en mouvement dans la direction du cœur. A cette condition, il faudra ajouter encore l'influence de *la vis à tergo*, qui agit peut-être ici plus puissamment que dans les cas de phlegmatia vulgaire, en raison de l'absence de circulation collatérale, celle-ci n'ayant pas eu le temps de se former.

L'interprétation du mode pathogénique de ces faits de thrombose veineuse consécutive à l'existence de tumeurs fibreuses utérines offre certaines difficultés que M. Bastard a soin de faire ressortir dans le dernier chapitre de sa thèse. La même explication ne peut s'appliquer à tous les cas, et il est certain, par exemple, que l'on ne peut invoquer la compression directe des veines du bassin par les fibromes que pour un petit nombre d'entre eux. Pour les autres, le mécanisme est inadmissible, les veines iliaques ayant été reconnues à l'autopsie libres de toute compression.

D'une manière générale, il semble que l'on doive incriminer plutôt l'altération du sang et l'état anémique créés par les hémorrhagies répétées. La fréquence et l'abondance de celles-ci peuvent amener ainsi à la longue un véritable état cachectique particulièrement favorable au développement spontané des coagulations intra-veineuses. Cette interprétation a d'ailleurs pour elle l'analogie qui nous montre la possibilité de l'apparition d'une phlegmatia dans le cours d'une simple chlorose, maladie dans laquelle on ne saurait évidemment invoquer autre chose que l'altération particulière du liquide sanguin.

Dr P. Muselier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur les températures locales dans les affections chirurgicales, par le docteur Camille Parizot. — in-8 de 80 pages, Paris 1881, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

La thèse de M. le docteur Camille Parizot emprunte une grande partie de son importance aux recherches de M. le docteur Paul Rédard qu'on y trouvera consignées. Il ressort de cette étude que la thermométrie locale superficielle indique, entre la température des parties malades et celle des parties saines symétriques, un écart variable dont on peut tirer des éléments pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

1o Pour le Diagnostic : Les fongosités des tumeurs blanches présentent, dans les cas graves, un élévation de 4 à 5 degrés sur la température de la région symétrique opposée. Tandis que dans l'hygroma on constate une élévation de température très marquée au niveau de la bourse séreuse enflammée et beaucoup moins marquée sur les parties latérales, dans l'hydarthrose l'élévation de la température est généralisée à toute la région. Dans le lipome,

il y a, au niveau de la région soulevée, une différence en moins égale à 3 degrés, par comparaison avec les points symétriques. Les gommes périostiques semblent donner lieu à une faible augmentation de chaleur du côté malade, et un peu plus tard, à la suite du traitement, à une diminution de cette même chaleur. Dans les abcès froids, qui ne sont *froids* que relativement à la température des abcès chauds, on trouve en réalité une augmentation de 3 à 5 dixièmes.

2° Pour le Pronostic : Pour diverses affections, hydarthroses, tumeurs blanches, orchites blennorrhagiques, inflammation au voisinage d'un corps étranger, etc., le pronostic semble devoir être d'autant plus bénin que l'écart des températures entre les régions symétriques est moins accentué.

3° Pour le Traitement : La température locale peut fournir des indications utiles dans les cas suivants.

A. Dans les tumeurs blanches. Lorsque l'écart entre les deux articulations symétriques atteint 5 et 6 degrés, l'immobilisation absolue paraît indiquée.

B. Dans l'entorse datant de moins de 24 heures. L'inflammation du voisinage de l'articulation ne débutant guère avant cette époque, le traitement devra varier selon qu'on aura affaire à la première ou à la deuxième période.

C. Dans les gommes périostiques. La température locale, qui dans ces cas donne un écart très faible entre la région malade et la région saine symétrique confirmera la nature syphilitique de la tumeur et permettra d'instituer un traitement avec plus d'assurance.

Dr Albertus.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'enregistrer la mort de M. le docteur Brochard, bien connu par ses travaux dans l'hygiène de la première enfance ; — de M. le docteur Pégut, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse ; — de M. le docteur Soye, député de l'Aisne, victime d'un accident de voiture en allant visiter un malade.

***

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — La composition écrite, faite lundi 9 octobre, avait pour sujet : *Nerf récurrent ; anatomie pathologique, signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire.*

Les autres questions placées dans l'urne étaient : *Circulation veineuse hépatique : cirrhose hypertrophique* et *cæcum ; occlusion intestinale.*

Le jury est ainsi définitivement constitué : MM. Hervieux, d'Heilly, Potain, Raymond, Félizet, Polaillon et Reclus.

Concours de l'externat. — Ce concours a commencé mardi dernier. Le jury est composé de MM. Barth, Danlos, Gombault, Tapret, Duret, Henriet, Reynier.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date des 11 et 13 septembre 1882, sont nommés pour deux ans dans les sections suivantes chefs de clinique titulaires et adjoints les docteurs en médecine dont les noms suivent :

a. Pathologie mentale. — Titulaire : M. Vallon (C.-A.) ; adjoint : M. Rueff (A.).

b. Clinique chirurgicale. — Titulaires : MM. Segond (P.-F.) et Bazy (P.-J.) ; adjoints : MM. Petit (C.-M.) et Jullien (L.-A.).

c. Accouchements. — Titulaire : M. Maygrier (E.-C.) ; adjoint : M. Bar (P.-J.).

d. Clinique médicale. — Titulaires : MM. Brissaud (E.) et Gaucher (P.-C.) ; adjoints : MM. Faisans (M.-L.) et Jukel-Rémoy (J.-E.).

e. Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Titulaire : M. Leloir (H.).

f. Clinique des maladies des enfants. — Titulaire : M. Leroux (H.-M.) ; adjoint : M. Variot (G.-F.).

***

Faculté de médecine de paris. — MM. Chapus, Brocas, Tuffier, Ricard, Hache, Wickham, Bernier et Poupinel, sont nommés aides d'anatomie pour trois années à dater du 1er octobre 1882.

***

École supérieure de pharmacie. — Un concours pour l'agrégation des écoles supérieures de pharmacie s'ouvrira le 15 octobre prochain, sous la présidence de M. Berthelot, inspecteur général

***

Hopitaux de Reims. — Le concours qui a eu lieu à l'Hôtel-Dieu de Reims, s'est terminé par les nominations suivantes : interne M. Lancereaux ; externes, MM. Guérard et Dupont.

***

École de médecine d'Alger. — Un concours pour une place de suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira le 1er mars prochain, à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Le choléra. — Une quarantaine d'observation de cinq jours vient d'être édictée en Algérie contre tous les navires de provenance de l'Inde ou d'Egypte. Le fort de Sidi-Ferruch est désigné comme lazaret.

De plus, un arrêté du gouvernement général interdit formellement aux Arabes résidant sur les territoires français ou occupés par l'armée française de se rendre au pèlerinage de la Mecque.

***

École de médecine de Clermont. — M. le docteur Rocher, chargé du cours de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

***

Epidémies. — Des dépêches des Etats-Unis nous apprennent que la fièvre jaune a complètement disparu de Matamoras et de Brownsville.

On annonce aussi de Saïgon que l'épidémie de choléra qui sévissait sur les indigènes est terminée.

***

Amphithéâtre d'anatomie. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le 16 octobre. Les cours auront lieu dans l'ordre suivant :

A. *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux, le lundi et le vendredi.

B. *Physiologie.* — M. le docteur Quénu, prosecteur, le mercredi et le samedi.

C. *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Le Bec, prosecteur, le mardi et le jeudi.

D. *Histologie.* — M. le docteur Siredey, chef de laboratoire, le mardi et le vendredi, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques, et le musée d'anatomie tous les jours, de une heure à quatre heures.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du 27 septembre 1882, M. Geoffroy (Bruno-Victor-César), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

***

HOSPICES DE MARSEILLE. — Deux concours s'ouvriront au mois de décembre prochain, à l'Hotel-Dieu de cette ville; le premier le lundi 4, pour la nomination à trois places d'interne; le deuxième le lundi 18, pour la nomination à six places d'externe, ou davantage même, si la commission le juge nécessaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82.

401. M. Auquier. Contribution à l'étude du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — 402. M. Griveau. Etude clinique et pathogénique sur l'ascite dite idiopathique et en particulier sur l'ascite des jeunes filles. —403. M. Riu. Etude expérimentale et clinique sur les nerfs pneumo-gastriques. — 404. M. Ward-William. Manuel opératoire de l'urane-staphylorrhaphe. — 405. M. Touaille de Larabrie. Etude sur l'hypertrophie congénitale de la langue. — 406. M. Méricamp. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires.—407. M. Nais. De la dystocie par procidence des membres inférieurs. — 408. M. Lafosse. Essai sur le traitement des synovites tendineuses à grains riziformes de la face antérieure du poignet et de la main. — 409. M. Masseron. Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale pelvienne. — 410. M. Combret. Des principales méthodes d'administration du mercure par la peau. — 411. M. Brumauld de Montgazon. Ostéologie et myologie de la grenouille. — 412. M. Hamon. Alimentation artificielle volontaire chez les phthisiques, à l'aide du tube du docteur Faucher.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 27 SEPTEMBRE AU JEUDI 4 OCTOBRE 1882.

Fièvre typhoïde 57. — Variole 3. — Rougeole 6. — Scarlatine 0. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 19. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 11. —Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 19. — Pneumonie 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 73, — au sein et mixte 41. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 76. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 65. — de l'appareil digestif 45. — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 941 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 19 octobre 1882.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS

La rapide extension de l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris constitue le fait actuel le plus important et mérite de fixer l'attention. En trois semaines, la mortalité causée par cette maladie s'est élevée progressivement de 57 à 134 et à 250 ; le nombre des admissions dans les hôpitaux, suivant une progression parallèle, a monté de 213 à 536 et à 1,001. Il est difficile d'apprécier le chiffre de la mortalité en ville ; mais, à en juger par ce que nous voyons autour de nous, il doit être considérable. Il semblerait aussi, ce qui n'a rien de surprenant, que l'épidémie frapperait presque simultanément plusieurs membres d'une même famille ; sans sortir du cadre étroit de la collaboration de la GAZETTE MÉDICALE, nous en trouvons deux exemples : trois enfants dans un cas, quatre dans l'autre ont été atteints presque en même temps. L'un de nos collaborateurs les plus assidus a eu la douleur de perdre sa fille aînée, douleur à laquelle la rédaction tout entière s'est associée.

Les différents quartiers de la ville fournissent à la mortalité un contingent inégal. M. Bertillon, dans le BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MÉDICALE, a relevé, en tenant compte du chiffre de la population et du nombre des décès, la part proportionnelle de chaque arrondissement, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. La ville entière ayant donné une mortalité de 3,85 par 10,000 habitants, le XIXe arrondissement (La Villette), le plus éprouvé, a eu une mortalité de 7,12 et le XIVe (Montrouge), le plus favorisé, une mortalité de 1,31. D'une manière générale, l'épidémie paraît sévir d'avantage dans les quartiers situés au nord de Paris.

Relativement à l'âge, nous notons dans le dernier BULLETIN, sur un total de 250 décès, 42 décès de 5 à 15 ans et 167 de 15 à 25. Cette dernière période est beaucoup trop longue pour apprécier exactement l'influence de l'âge sur la mortalité actuelle ; il faudrait la scinder en périodes plus courtes ; et ceci ne manque pas d'importance. L'aggravation de l'épidémie semble coïncider avec la rentrée des écoles, c'est-à-dire avec le retour à Paris d'un nombre considérable de familles qui, pendant leur séjour à la campagne, aux stations thermales, aux bords de la mer, ont perdu plus ou moins de leur accoutumance au milieu parisien et doivent subir comme un nouvel acclimatement. Ce sont les enfants, les adolescents de 15 à 20 ans qui se montrent surtout sensibles à ces changements de milieu. Il y aurait donc intérêt, pour savoir si la cause dont il s'agit doit entrer en ligne de compte, à connaître le chiffre de la mortalité, de 10 à 30 ans, par périodes quinquennales. Nous signalons ce désidératum à notre excellent confrère M. Bertillon.

Nous venons de soulever un petit coin de l'étiologie de l'épidémie actuelle. Cette étiologie, même en admettant la théorie parasitaire de la maladie, est sans doute fort complexe ; c'est une raison de plus pour la rechercher activement.

Si l'on se reporte à l'intéressante communication de

FEUILLETON

Davaine

Camille-Joseph Davaine est né à Saint-Amand-les-Eaux (Nord) en mars 1812. Ceux qui l'ont connu enfant assurent qu'il fut de bonne heure réfléchi, examinant toutes choses et questionnant sur toutes choses, courant après le papillon, les brins d'herbes rares, les cailloux qui ne ressemblent pas aux autres, les petites bêtes auxquelles personne ne prend garde. On devinait en lui un observateur; il voulait être naturaliste, et ne choisit pas le dur et fatigant métier de médecin. Sa thèse, dont le sujet est chirurgical, parce qu'il lui semblait plus positif, est soutenue par lui à 25 ans. Il a hâte de terminer ses études obligées, puis il se livre à peu près exclusivement à l'histoire naturelle, et, sur les instances de ses camarades d'alors, sur les conseils de ses maîtres, il se met à l'usage du microscope, recherchant de préférence l'étude des infiniments petits, des trames profondes des tissus, des rouages les plus mystérieux de la vie.

En fréquentant les hôpitaux, Davaine avait suivi le service de Rayer, qui, poursuivant ses études de médecine comparée, se livrait à des recherches de détails anatomiques et physiologiques concernant les animaux inférieurs. Le médecin de la Charité remarqua le jeune étudiant naturaliste et se l'attacha comme aide, et l'élève et le maître cimentèrent ainsi une amitié qui ne se démentit jamais. Aussi trouvons-nous dans les archives de médecine comparée fondées par Rayer, un premier travail de Davaine, le premier imprimé, croyons-nous, après sa thèse, sur le phthiriasis ani et vulvæ des bêtes bovines, maladie due à un parasite du genre hæmatopinus, qu'il distingua par plusieurs caractères des espèces du même genre. Lorsque Rayer fonde la Société de Biologie, qui dès son début, appelle sur elle l'attention des investigateurs du grand domaine de la physiologie, Davaine il là aussi, prêtant un concours empressé à la nouvelle Société et à son fondateur, et enrichissant ses comptes rendus et mémoires de travaux incessants et intéressants dans lesquels on rencontre toujours, soit un fait

M. J. Arnould au Congrès de Genève (V. GAZETTE MÉDICALE, no 40, p. 504), on voit que les milieux naturels de conservation et de reproduction de l'agent typhogène sont : le sol, l'eau, l'air, l'homme et les objets à son usage, les aliments. Dans l'épidémie actuelle, nous croyons inutile de s'arrêter longuement aux deux derniers milieux ; la dissémination de la maladie dans toute la ville dès son débnt semble restreindre l'influence du *milieu humain*, et nous ne sachons pas que la population ait eu à se plaindre d'aliments avariés livrés à la consommation. On pourrait en dire autant de l'eau de boisson. C'est surtont dans les grandes sécheresses que les eaux destinées à l'alimentation publique peuvent être altérées, et l'été exceptionnellement plnvieux que nous avons traversé éloigne l'idée de cette influence pathogénique. C'est donc vers le sol et l'air que l'attention doit principalement se porter.

En ce qui concerne l'air, les conditions météorologiques particulières que nons subissons depuis cinq mois ont-elles pu exercer une action favorable au développement de l'épidémie? La question demande à être étudiée. Mais la cause de l'adultération de l'air résidant surtout dans les poussières, les germes, les corpuscules infectieux auxquels il sert de véhicule, et ceux-ci émanant du sol, c'est donc l'état du sol qui, en définitive, semble jouer le rôle capital.

Envisagé à ce point de vue, le sol d'une grande ville comme Paris présente à considérer trois éléments principaux : la surface, le système de canalisation pour la conduite des eaux d'égout et de gaz, les conditions propres au sol lui-même, en particulier celles relatives au niveau de la nappe souterraine auxquelles la théorie de Pettenkofer attribue une si grande influence étiologique. Disons de suite que l'épidémie actuelle, survenue dans une saison exceptionnellement pluvieuse, infirme complètement cette théorie, qui a posé comme aphorisme, ou plutôt comme lui : « que la fièvre typhoïde monte comme le niveau de la nappe souterraine descend. »

On arrive ainsi par exclusion à incriminer surtout l'état de la surface du sol et de la canalisation souterraine, et l'on voit de suite combien intervient à un haut degré la responsabilité de notre édilité parisienne. L'entretien des rues répond-il à tous les desiderata? La quantité d'eau destinée à leur arrosage et au nettoyage des égouts est-elle suffisante? Le système des vidanges fonctionne-t-il au mieux pour l'hygiène? Telles sont, entre autres, les questions qui se posent tout naturellement et sur lesquelles doit porter l'enquête.

Parmi les conditions qui se joignent aux précédentes pour favoriser l'éclosion et l'extension d'une épidémie typhique se placent en première ligne l'encombrement et l'insalubrité des logements. Il est donc très important que, dans les renseignements adressés par les praticiens de la ville au directeur de la statistique municipale, on signale les faits se rapportant à cette double cause.

C'est par la connaissance exacte des conditions étiologiques d'une épidémie qu'on peut travailler efficacement à en arrêter les progrès et en prévenir le retour. Mais, alors même que cette étiologie reste encore douteuse, il est des mesures que les notions les plus élémentaires de l'hygiène commandent, et de ce nombre sont, en ce qui concerne la fièvre typhoïde, la désinfection des lieux contaminés, l'évacuation des foyers, la dissémination des malades. En présence de l'accroissement de l'épidémie actuelle, l'administration a-t-elle pris de semblables mesures? Nons n'avons à ce sujet que des regrets à exprimer, des protestations à enregistrer.

Au point de vue de la désinfection, l'administration s'est-elle préoccnpée de la conseiller, de la favoriser au domicile des malades pauvres (1), de la pratiquer elle-même d'une manière efficace dans les services hospitaliers? Nous avons à ce sujet des doutes, des craintes même. Il n'existe, à notre connaissance du moins, d'étuves de désinfection que dans deux hôpitaux, l'hôpital St-Louis et la Maternité. Comment, dans les autres hôpitaux, désinfecte-t-on les objets de literie et le linge des nombreux typhiques qui encombrent les salles (2)?

(1) Nous avons appris, depuis que nous avons écrit ces quelques lignes, que le Conseil d'hygiène s'occupe de la rédaction d'un questionnaire et d'instructions destinés aux médecins et au public en vue de combattre l'épidémie.

(2) La Société de médecine publique de Paris, sur la proposition de M. Vallin, a discuté et adopté, au mois de juin 1881, le projet d'un système modèle d'étuve à désinfection. Vers la même époque, le préfet de police, à la suite d'un rapport de MM. Pasteur et Colin au Conseil d'hygiène, a prescrit la création de postes ou lazarets municipaux, munis de semblables étuves, ainsi qu'il en existe dans un grand nombre de villes de l'étranger. Pourquoi ces lazarets ne fonctionnent-ils pas encore? Ils rendraient, dans l'épidémie actuelle, les plus grands services.

nouveau, soit une interprétation nouvelle d'un fait mal étudié ou incomplétement connu.

D'autres plus autorisés que nous insisteront bientôt sur l'importance des travaux de Davaine en physiologie humaine et en zoologie, et nos lecteurs anciens ont eu d'ailleurs la primeur de la plupart de ces travaux, insérés dans la GAZETTE MÉDICALE, pour la première fois, avec les procès-verbaux de la Société de Biologie. En parcourant la liste qui terminera cet article, ils se rappelleront sans doute ses recherches de 1849 à 1859 sur la génération de l'huître, les globules blancs du sang humain, les cysticerques du tissu cellulaire, les kystes du foie, les animalcules infusoires, la maladie du blé, les conditions de l'existence et de la non existence de la réviviscence chez certains animaux, etc. Plusieurs de ces mémoires importants ont été couronnés par l'Institut, et avaient consacré déjà en France et à l'étranger la réputation de Davaine. En 1860, son traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme le mettent décidément en relation avec le monde savant ; il devient l'homme compétent toujours consulté, et voulant justifier la bonne opinion qu'on a de lui, il communique à l'Institut et à la Société de Biologie ses premières recherches sur la contagion des maladies charbonneuses ; la bactéridie constitue le seul agent appréciable de la contagion féconde, découverte qui suffit à illustrer un homme de science, et l'Institut, disposant d'une de ses récompenses en faveur de Davaine, lui décerne en 1865 le prix Bréant.

Patronné par Rayer, qui le fit nommer médecin par quartier du chef de l'Etat et médecin ordinaire de plusieurs membres de la famille Rothschild, Davaine n'eut pas besoin de consacrer ses journées à la clientèle. Chose rare, il n'était point ambitieux d'argent, et son microscope, un laboratoire improvisé partout où il se rendait, suffisaient à ses goûts simples. Bon et serviable, il était accessible à tous et a donné d'utiles conseils à tous ceux qui allaient frapper à sa porte. Ennemi des discussions inutiles, il ne laissa pas d'ennemis et n'employait jamais le mot adversaire. Reçu membre de l'Académie, en 1868, en remplacement de Trousseau, il n'assistait guère qu'aux séances où les travaux anologues aux siens se trouvaient à l'ordre du jour, et il prenait volontiers la parole. Il faisait autorité et on l'écoutait. Une correspondance active avec les savants de sa compétence le poursuivait partout, et lui, si calme d'ordinaire, était quasi-joyeux lorsque nous lui remettions quelque

Cet encombrement dépasse toute mesure; il est des salles d'hôpital dont le nombre des malades est augmenté d'un tiers; les brancards supplémentaires ne suffisent plus, on improvise des lits avec des matelas reposant simplement sur le parquet(1). Le résultat immédiat et prévu de cet état de choses a été un accroissement de la mortalité. Qu'a fait, pour y remédier, l'administration?

Elle a commencé par ouvrir et peupler de typhiques les salles de l'ancien Hôtel-Dieu; mais, en présence du chiffre croissant des entrées, la mesure n'a pas tardé à paraître insuffisante. L'administration a eu alors l'idée de construire, dans les jardins de l'hôpital de Lourcine, des baraquements destinés à recevoir soixante typhiques. Le projet de cette installation, porté par M. Martineau à la connaissance de la Société médicale des hôpitaux, a soulevé au sein de cette société une vive protestation à laquelle s'associera certainement tout le corps médical. Ce serait, en effet, comme l'a très justement qualifié M. Besnier, une *mauvaise action* que de créer un foyer typhogène à la porte d'un hôpital où sont reçues de jeunes femmes remplissant toutes les conditions de réceptivité, et, suivant l'expérience de M. Bucquoy, de moindre résistance à la gravité de la maladie. La Société médicale des hôpitaux doit discuter, dans la prochaine séance, la question d'encombrement des services hospitaliers. Il a été parlé, pour cette discussion, de comité secret; la proposition n'a pas été adoptée, et nous en félicitons la Société. Il ne s'agit pas de se mettre en guerre contre l'administration; il s'agit avant tout de l'éclairer, et, à ce sujet, la presse médicale est un puissant auxiliaire des sociétés savantes. Que si l'administration passe outre aux avis de ces sociétés et des divers comités scientifiques d'hygiène qu'elle a le droit et le devoir de consulter (2), l'opinion publique, saisie du débat, saura sur qui devra peser toute la responsabilité.

L'évacuation des foyers, la dissémination des malades, disions-nous plus haut, constituent les mesures les plus efficaces et les plus urgentes à prendre contre l'extension de l'épidémie. Que l'on construise des baraquements, c'est tout indiqué; mais qu'on ne les place pas à proximité d'un groupe, comme la population d'un hôpital ou d'une caserne; qu'on les installe et qu'on les dissémine dans des terrains vagues, comme ceux de la zone militaire des fortifications, dont les postes casernes pourraient être avantageusement utilisés.

(1) D'après un relevé établi par l'administration de l'Assistance publique et publié par le journal *Le Temps*, le nombre de tiphyques actuellement en traitement dans les hôpitaux serait de 2136 malades, répartis de la manière suivante:

Hôtel Dieu, 273; Pitié, 163, Charité, 134; Saint-Antoine, 122; Necker, 108; Cochin, 98: Beaujon, 150; Lariboisière, 391; Tenon, 233; Laennec, 73; Saint-Louis, 6; maison de santé, 63; maison de vieillesse, femmes, 17; Tournelles, 57; enfants malades, 121; Trousseau, 129; enfants assistés, 1.

(2) On ne peut qu'applaudir à la création de la Commission d'hygiène hospitalière instituée récemment par le directeur de l'Assistance publique et dont on trouvera plus loin la composition. Cette Commission a-t-elle été consultée pour la construction de baraquements destinés aux typhiques dans les jardins de l'hôpital de Lourcine? Il paraît que non. C'est très bien d'instituer des comités consultatifs compétents, mais à la condition de les consulter et de s'inspirer de leurs avis.

Le pseudo-lipome sus-claviculaire.

M. le professeur Potain a fait mardi dernier, à l'Académie de médecine, une très intéressante communication sur le *pseudo-lipome sus-claviculaire*, affection décrite pour la première fois en 1879, par M. Verneuil. On trouvera plus loin l'analyse de ce travail. M. Potain considère le pseudo-lipome sus-claviculaire comme un cas particulier, une localisation spéciale de l'œdème rhumatismal; il admet toutefois qu'on peut le rencontrer dans d'autres affections, moins exclusivement rhumatismales, mais se rattachant à la diathèse arthritique. C'est ce que nous avons observé récemment nous-même chez une malade que nous avait adressée M. le professeur Verneuil. Il s'agit d'une dame de 55 ans, non réglée depuis 5 ans, petite, forte, replète, née de parents goutteux, et sujette elle-même à de violents accès de goutte. Nous l'avons soignée pendant un de ses accès, provoqué probablement par une chute dans l'escalier; la plupart des articulations du pied droit et l'articulation tibio-tarsienne ont été prises d'une manière très aiguë; l'accès a duré plus de quinze jours. Inutile de dire que l'analyse de l'urine révélait la diathèse. Nous devons ajouter que cette dame est extrêmement nerveuse, impressionnable, accusant des phénomènes névropathiques variés,

mince brochure, arrivée d'Europe ou d'Amérique pour lui, avec quelque bacterie pour sujet.

Apres de longues souffrances, Davaine est mort à la campagne le 13 courant; ses obsèques ont eu lieu à Paris; il a formellement d mandé qu'il n'y eût aucuns honneurs rendus à sa dépouille. La réputation qu'il laisse suffit, en effet, à sa gloire scientifique.

Nous donnerons, dans le prochain numéro, la liste aussi complète que possible de ses travaux:

A. Dureau.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Routier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du vendredi 20 octobre 1882, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours, qui ne pourra comprendre plus de douze séries d'élèves, est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désireront suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible à l'Ecole pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au payement des droits réglementaires, etc.

— Les exercices de dissection, pour l'année scolaire 1882-1883, auront lieu à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 23 octobre prochain. Les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué, sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les pavillons de dissection seront ouvert, à partir du vendredi 3 novembre, tous les jours de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

tels que de la céphalalgie, des flammes dans les yeux, la sensation d'un corps froid dans le dos, des frissons par tout le corps, etc.; ces symptômes, la date récente de la ménopause, l'obésité relative de la malade, concordent avec ce que MM. Verneuil et Potain ont observé chez la plupart des sujets porteurs d'un pseudo-lipome sus-claviculaire.

Chez la dame en question, cette sorte de déformation de la région sus-claviculaire est des plus accentuées; il existe là un véritable bourrelet remplissant la dépression habituelle, faisant une saillie notable et s'étendant à la partie postérieure du cou. Mais ce qu'il y a de plus singulier, et ce qui nous engage à rapporter ce fait après ceux de M. Potain, c'est que la malade prétend, par des frictions suffisamment prolongées pratiquées sur la partie saillante avec du saindoux, faire sortir de la peau de cette région du sable (c'est sa propre expression); elle a pu en recueillir quelques grains, mais en trop petite quantité pour être analysée. Nous avons cherché à lui faire renouveler l'expérience devant nous : la difficulté de se procurer du saindoux comme elle le désirait, puis les souffrances causées par sa chute et son accès de goutte consécutif nous en ont empêché. Nous mettions d'ailleurs en doute, non la bonne foi de la malade, mais l'interprétation qu'elle donnait à un fait sans doute mal observé. Cette sorte d'exsudation de cristaux d'urate de sonde (*sable* de la malade) dans une région aussi insolite nous a paru étrange. Toutefois, si l'on songe qu'on a trouvé des dépôts d'urate dans des points tout aussi étrangers à leur siège habituel, tels que le sein (Morgagni), la paroi des tubes bronchiques (Bence Jones), la face interne de l'aorte (Landerer), les méninges (Schœnlein, Watson), etc., la possibilité d'une semblable exsudation peut être admise. Vers la même époque, nous avons donné des soins à une malade de notre confrère, M. le docteur Polaillon, qui présentait le fait non moins particulier de calculs siégeant sous la muqueuse vaginale et dont plusieurs ont dû être extraits à cause des douleurs auxquelles ils donnaient lieu. Nous ignorons s'ils étaient formés d'urate de soude; mais la malade, issue de parents goutteux, présentait elle-même tous les attributs de la diathèse urique, et ce fait, très rare, croyons-nous, rapproché du premier, nous a rendu moins incrédule à l'égard de celui-ci. Peut-être M. le professeur Verneuil trouvera-t-il l'occasion de faire chez sa malade l'expérience de contrôle ou de vérification qui nous a été impossible.

Quoi qu'il en soit, cette observation établit bien nettement que le pseudo-lipome sus-claviculaire se rencontre chez les goutteux comme chez les rhumatismes. C'est la conclusion que nous en voulions tirer,

Dr F. DE RANSE.

DERMATOLOGIE

DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE EXSUDATIF (OU MALADIE D'HEBRA), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite.— Voir le numéro 41.

II. CARACTÈRES ANATOMIQUES ET SYMPTOMATIQUES DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE EXSUDATIF.

Ainsi que le fait si justement remarquer M. Hillairet (Traité théorique et pratique des Maladies de la Peau, p. 57), les lésions, en dermatologie, se confondent avec les symptômes. Aussi ne peut-on guère dans la description d'une maladie cutanée séparer l'altération anatomique de la symptomatologie.

Jusqu'ici, d'ailleurs, l'anatomie pathologique de l'érythème polymorphe n'a guère été tentée, à ma connaissance, que par le professeur Roberto Campana (1), qui, sur un malade atteint d'érythème multiforme, fit, avec sa permission, l'excision d'un lambeau de la peau de l'avant-bras gauche, et constata au microscope une infiltration périvasculaire et périfolliculaire.

Cependant, dans l'érytbème polymorphe, les caractères des lésions sont si variables, si peu constants, que c'est plutôt dans l'évolution générale de l'affection, que l'on doit rechercher les éléments d'un diagnostic. L'évolution de la maladie permet seule d'assigner une place à part, en nosologie cutanée, à l'ensemble des phénomènes groupés par Hébra en un même processus morbide auquel il a donné ce nom d'érythème multiforme.

La lésion principale et en même temps le signe essentiel de cette affection consiste en la production de taches érythémateuses, simplement congestives au début.

Les principaux caractères pathognomoniques de ces taches peuvent se réduire au chiffre de trois :

1o Elles ne doivent leur origine ni à une cause externe, ni à une influence toxique;

2o Elles sont localisées, au moins dès le début, sur les extrémités des membres;

3o Elles subissent des transformations : les unes restant à l'état de papules; d'autres se recouvrant de vésicules, ou de pustules, ou de bulles; d'autres encore s'élargissant ou s'affaissant au centre; d'autres, enfin, se chargeant de croûtes, etc.

L'évolution complète de cette maladie a une durée variable. Cette durée est subordonnée non seulement à la gravité des cas et à la généralisation plus ou moins grave de l'éruption, mais aussi aux conditions dans lesquelles se fait cette éruption, qui tantôt apparaît presque tout d'une pièce et d'autres fois se produit par poussées successives. En général, la durée de l'érythème oscille entre une et trois semaines.

En outre, il me semble que l'on devra distinguer deux formes principales d'érythème polymorphe :

L'une, primitive, essentielle, parcourt ses diverses phases sans se rattacher à aucune affection antérieure ou concomitante;

L'autre, secondaire, se développe dans le cours d'une autre maladie, rhumatisme, choléra (Hébra), fièvre typhoïde, grippe (ainsi que M. Siredey en a vu des exemples) (2), etc.

En septembre 1879, j'ai eu l'occasion d'observer le fait suivant :

OBSERVATION II.

Érythème polymorphe au début d'une fièvre typhoïde. — Mort du onzième au douzième jour de la dothiénentérie (ataxo-adynamie).

M... A..., âgé de trente et un ans, marié depuis trois ans, habite un hameau de la commune de Durdat. Je suis appelé le 9 septembre. Fièvre, état saburral. Sur le dos des mains, sur les avant-bras et sur les jambes, bulles simulant du pemphigus. Cette éruption remonterait à une semaine.

Cet homme a saigné du nez le matin même. La température axillaire s'élève à 39o,2; le pouls bat 116 fois par minute. Il y

(1) *Movimento med-chir.* Napoli, 1877.

(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880, p. 177

a de la céphalalgie depuis quatre à cinq jours, des révasseries, de l'insomnie; de la fièvre depuis trois ou quatre jours, trois selles demi-liquides et on ne peut plus fétides, depuis la veille.

La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression. La région splénique semble aussi un peu douloureuse. Je finis, après avoir tâtonné au début par suite de l'éruption qui m'avait fait penser au pemphigus, à diagnostiquer une fièvre typhoïde.

Le jour suivant, le diagnostic se confirmait, et, le 16 septembre, cet homme mourait dans un délire ataxo-adynamique des mieux accentués. Les bulles, un peu affaissées dans les derniers jours, étaient les unes ulcérées, d'autres surmontées d'un croûte impétigineuse, d'autres remplies de pus. Toutes reposaient sur un fond rouge.

Pour Hébra, « l'érythème papuleux, l'érythème tuberculeux, l'érythème annulaire, l'érythème iris, l'érythème gyratum, sont simplement des formes de la même maladie à ses différentes périodes, l'aspect variant selon qu'elle est à son début, à la dernière période de son évolution ou à peu près disparue. » (T. I, p. 284, traduction A. Doyon.)

Un des caractères les plus remarquables de l'érythème polymorphe, c'est la symétrie; mais cette symétrie est loin d'être parfaite, ainsi qu'en témoignent la plupart des observations.

Dans les cas graves, l'éruption s'étend aux avant-bras et aux jambes, sur les bras et les cuisses et même sur le tronc et la figure. (Hébra, t. I, p. 285.)

Hébra, puis Kaposi (t. I, p. 377), indiquent, au nombre des caractères de l'érythème polymorphe, du moins au début, la localisation typique de l'éruption sur la face dorsale des mains et des pieds. Il existait chez le sujet de ma première observation quelques taches aux faces palmaires et plantaires, mais peu visibles. Ne serait-ce point parce que les plaques érythémateuses sont peu visibles sous l'épaisse couche épidermique de la face plantaire des pieds et de la face palmaire des mains, qu'on n'en admet pas l'existence dans l'érythème exsudatif?

III. — *Etiologie.*

Jusqu'ici l'étiologie de cette affection est restée assez obscure. Elle semblerait être un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur quatorze cas dont j'ai recueilli l'observation, neuf se sont présentés chez des femmes.

Pour ce qui est de l'âge, l'enfance et la jeunesse paraissent y prédisposer beaucoup plus que l'âge mûr et surtout que la vieillesse.

On a fait jouer un certain rôle aux saisons. Bien que le printemps et l'automne passent pour plus favorisés que l'hiver et l'été, j'en ai constaté pour ma part un plus grand nombre en hiver et surtout à la fin de l'hiver.

Quelques auteurs ont cru devoir affirmer l'épidémicité de cette affection. Ochme et Gall ont relaté de petites épidémies d'érythème polymorphe; mais, si nous en croyons Lewin, il n'y aurait pas lien de donner le nom d'épidémie aux groupes de faits cités par ces deux observateurs. En effet, dit Lewin (*Charite-Annalen*), la présence plus fréquente dans une localité d'une maladie ne constitue nullement une épidémie qui puisse faire admettre la nature infectieuse de cette affection. Dans la même ville et à peu de jours d'intervalle, beaucoup de personnes peuvent être atteintes d'urticaire, soit pour avoir ingéré certains aliments (moules, écrevisses, fraises, etc.), soit pour avoir absorbé certains médicaments (quinine, etc.), soit à la suite de piqûres de sangsues, sans que l'on ait le droit de considérer ces cas comme une épidémie et de conclure à une infection.

Du reste, l'érythème polymorphe ne paraît pas être de nature infectieuse, l'inoculation que nous avons faite sur un lapin n'ayant en aucun succès (Voir *Observation I*).

L'humidité paraît jouer un certain rôle dans la pathogénie de l'érythème multiforme, et cependant, à l'encontre d'un certain nombre d'auteurs, nous hésiterions à admettre que l'on puisse attribuer à la diathèse rhumatismale une influence aussi marquée sur la production de l'érythème polymorphe, que sur celle de l'érythème noueux. Toutefois c'est une question qui doit encore rester à l'étude en face des assertions d'auteurs recommandables.

M. Charlouis a recueilli (Vierteljahresschrift fur Dermatologie und syphilis, n° 4, 1879), à Java et à Sumatra, pendant les mois de mai et juin 1878, dix observations d'érythème multiforme, et sauf dans un seul cas, il a constaté, en même temps que cette affection, des douleurs d'origine rhumatismale.

Nous signalerons aussi une observation publiée par M. Richardière (voir les Annales de dermatologie et de syphiligraphie de juillet 1882, t. III), dans laquelle il s'agit d'une femme de quarante ans, qui présente une belle éruption d'érythème et fut affectée en même temps de rhumatisme articulaire compliqué d'endocardite. Dans ce cas, l'observateur s'est demandé si l'endocarde a été le siège d'une simple poussée congestive, analogue à celle de la peau, ou bien s'il s'est trouvé en présence d'une véritable endocardite. C'est à cette dernière opinion que M. Richardière paraît se rattacher, repoussant complètement, au moins pour le cas qu'il cite, la théorie de M. Kaposi, relative à la nature exclusivement anémique des souffles cardio-vasculaires dans l'érythème polymorphe.

On a aussi invoqué comme pouvant occasionner la production de l'érythème polymorphe le surmenage et de vives émotions morales.

Enfin on a cherché à établir une relation entre les troubles de la menstruation et surtout son absence, et l'apparition de l'éruption cutanée. Nous avons mentionné plus haut l'opinion de M. Kaposi, à propos de notre première observation.

Pour MM. E. Besnier et A. Doyon, les conditions menstruelles de la femme doivent jouer un certain rôle dans la production de l'érythème polymorphe, si l'on s'en rapporte à sa plus grande fréquence dans ce sexe. Mais ils font cependant remarquer que les modifications utérines capables de favoriser le développement de la maladie ne sont pas des causes étiologiques suffisantes, et qu'il faut admettre une prédisposition individuelle dont la fréquence des récidives démontre l'influence.

Quant à nous, après un examen sérieux des observations publiées par les différents auteurs et vu les résultats de notre expérience personnelle, nous croyons devoir incriminer surtout un état passager de misère organique.

La débilitation générale de l'organisme nous semble en effet de nature à déterminer l'érythème polymorphe, au même titre qu'elle détermine une stomatite aphtheuse, ou un ecthyma cachectique, etc., etc.

Pour ce qui est de la pathogénie des éruptions variées qui se rattachent à la maladie décrite par Hébra, nous pensons que l'influence du système nerveux, des vaso-moteurs, dans la production de cette affection, doit encore être réservée. Quoique cette influence soit plus que vraisemblable, il faut, ici comme ailleurs, savoir attendre avant d'indiquer le mode d'action des nerfs sur la production des lésions cutanées.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. IODOFORME A L'INTÉRIEUR CONTRE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE, par FR. MRACEK (1). — II. TRAITEMENT DU CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE PAR LES INJECTIONS DE NITRATE D'ARGENT, par C. THIERSCH (2). — III. L'ÉLONGATION DES NERFS DANS LES CAS DE TABES DORSALIS, par FR. FIEBER (3). — OBSERVATIONS CLINIQUES CONCERNANT L'ÉLONGATION PAR LA MÉTHODE NON SANGLANTE, par WILHEM (3). — IV. TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES CASÉIFIÉS, par VON LESSER (4). — V. RÉSECTION DU NERF ALVÉOLAIRE INFÉRIEUR (DENTAIRE ANTÉRIEUR) EN PARTANT DE L'ANGLE DU MAXILLAIRE, par SONNENBURG (5).

MRACEK rend compte des expériences qui ont été faites dans les hôpitaux de Vienne, avec l'iodoforme employé à l'intérieur contre les manifestations de la syphilis constitutionnelle. Les résultats obtenus peuvent se résumer en trois mots :

L'iodoforme, administré avant l'apparition des accidents secondaires, s'est montré impuissant à en prévenir le développement. Mais, sous l'influence de cette médication, les malades dépérissaient, contrairement à ce qui arrive quand on administre aux syphilitiques des préparations mercurielles.

A la période secondaire, l'iodoforme donné dans le but de combattre l'insomnie, la céphalée, les douleurs arthralgiques, a été à peu près inefficace, à petites doses, et a réussi à produire de l'assoupissement à des doses plus fortes, qui ne laissaient pas d'entraîner des suites fâcheuses.

A la période tertiaire, l'iodoforme manifestait une action curative sur les gommes, les ulcères syphilitiques, mais était encore moins bien supporté des malades qu'à la période secondaire. Des troubles digestifs, de la somnolence, un état vertigineux, une sorte d'ivresse, de la pesanteur de tête, de l'agitation passagère avec accélération du pouls, du catarrhe de l'isthme du gosier et du pharynx, etc., sont les effets habituels de la médication poursuivie pendant quelque temps. Il ne saurait donc être question de substituer l'iodoforme à l'iodure de potassium, dans le traitement des accidents de la syphilis.

— Nous avons déjà eu occasion de parler du traitement du chancre phagédénique par les injections interstitielles de nitrate d'argent. Le professeur THIERSCH, qui a expérimenté ce mode de traitement dans une douzaine de cas environ, en dit le plus grand bien. L'emploi des injections de nitrate d'argent doit d'ailleurs être réservé aux cas graves, qui ont résisté à d'autres remèdes plus simples; car, pour pratiquer ces injections, qui sont très douloureuses, il faut chloroformer le malade.

On emploiera, pour ces injections, une solution à 1/1500 de nitrate d'argent; le liquide devra être poussé dans l'épaisseur du derme et non sous la peau; la quantité à injecter est de 1 centimètre cube. Les points de piqûre seront distants de 1 centimètre du rebord de la zone phagédénique, et séparés les uns des autres de 1 centimètre également. On recommencera tous les huit ou quinze jours. Quelquefois la guérison a été obtenue après une seule séance.

Pour calmer les douleurs occasionnées par ces injections, Thiersch conseille de recourir à l'application d'une vessie pleine de glace.

— L'élongation des nerfs, proposée et acceptée pendant quelque temps avec enthousiasme pour le traitement palliatif et même curatif de l'ataxie locomotrice et d'autres affections des centres nerveux, est aujourd'hui complètement abandonnée ou peu s'en faut. Quelquefois dangereuse dans ses effets éloignés et toujours inefficace, cette intervention chirurgicale ne saurait plus trouver sa justification dans l'innocuité que lui confère l'emploi du pansement antiseptique. Les essais faits avec l'élongation des nerfs par la méthode *non sanglante*, sans l'intervention du histouri, n'ont pas donné de meilleurs résultats. Chez des ataxiques préalablement chloroformés, on a pratiqué la flexion forcée de la cuisse sur le bassin, la jambe étant dans l'extension forcée; on exerçait ainsi sur le nerf sciatique un tiraillement qui se propageait jusqu'à la moelle, M. FIEBER a pu s'en convaincre par des expériences sur le cadavre. Il veut bien avouer d'ailleurs que cette élongation atténuée reste sans influence sur les manifestations de l'ataxie, lorsqu'elle n'est pratiquée qu'une seule fois; elle n'aurait d'action salutaire que quand elle est répétée. Tel n'est pas l'avis de M. WILHELM. Trois malades affectés de tabes ont subi deux et trois fois l'élongation non sanglante et sont restés ataxiques comme devant. Ils ont seulement un peu plus souffert de leurs douleurs fulgurantes, dans les premiers jours qui ont suivi l'opération.

— Pour éviter les cicatrices disgracieuses que laisse à sa suite l'ouverture des abcès ganglionnaires avec le histouri, M. Lesser a imaginé d'enlever par le curage, les glandes en voie de ramollissement. Après avoir pratiqué une courte incision cutanée, non pas au niveau, mais à côté des ganglions à extraire, il enlève ceux-ci à l'aide d'une cuiller introduite sous la peau. Avec un peu d'habitude et d'habileté, on évite aisément de léser les vaisseaux. Bien entendu qu'on devra recourir à toutes les ressources de la médication antiseptique. Au lieu d'une fistule, on obtiendra une petite cicatrice arrondie, qui ne forme qu'une dépression légère. Le résultat est des plus satisfaisants au point de vue esthétique.

— Des procédés divers ont été proposés pour atteindre le rameau dentaire antérieur du trijumeau, lorsqu'il s'agit d'en faire la simple section ou d'en reséquer un fragment, dans un but thérapeutique. On a renoncé à arriver sur le nerf par la voie buccale, et les procédés couramment employés sont basés sur la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur; par le fait, ils nécessitent des mutilations assez sérieuses. SONNENBURG le premier a proposé d'atteindre le nerf à travers les parties molles, en partant de l'angle du maxillaire, la tête du patient étant fortement fléchie. Dès 1877 (1) il avait décrit en détail le manuel opératoire propre à réussir dans l'emploi de ce procédé qui a déjà fait ses premières preuves. Il n'est peut-être pas superflu de rappeler en quoi il consiste :

L'incision faite à la peau part d'un point situé à 1/2 centimètre de l'angle inférieur et postérieur du maxillaire et croise le rebord de cet os pour s'étendre dans un espace de 3 à 4 cen-

(1) MONATSHEFTE FÜR PRAKT. DERMATOLOGIE, mai 1882.
(2) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1882, n° 27.
(3) ALLGEMEINE WIENER MED. ZEITUNG, 1881, n° 50, et WIENER MED. PRESSE, 1882, n° 7.
(4) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1882, n° 22.
(5) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., 1882, n° 42.

(1) DEUT. ZEITSCHRIFT FUR CHIRURGIE, t. VIII, fasc. 1, p. 93.

timètres jusqu'à l'artère maxillaire externe, à la limite de l'insertion du masseter.

Avec un instrument mousse, on met à nu la face interne du maxillaire jusqu'à l'entrée du canal dentaire, à 2 centim. 1/2 environ de l'angle de l'os. Au besoin, on sectionnera les attaches du ptérygoïdien interne avec un bistouri boutonné.

Une fois qu'on sent avec le doigt la crête et le nerf dentaire, qu'avec un éclairage convenable on peut apercevoir au fond de la plaie, on coutournera le tronc nerveux avec un crochet bontonné, sans avoir à craindre de saisir du même coup l'artère alvéolaire qui est accolée à l'os. Quant au nerf lingual, il est situé beaucoup plus en dedans. Le nerf dentaire lui-même étant très extensible peut être attiré à la surface de la plaie, et on a ainsi toute facilité d'en exciser un fragment plus ou moins long.

Ce procédé a l'avantage d'entraîner le moins de délabrement, d'être d'une exécution facile, de ne nécessiter que de minimes pertes de sang, de laisser intacte la capsule de la glande sous-maxillaire, et de donner lieu à une plaie qui se trouve dans les meilleures conditions de cicatrisation. Il avait déjà été mis à l'essai par Lücke, Tillmanns, Credé, qui en ont proclamé l'excellence. Dans ces derniers temps, Sonnenburg a eu lui-même l'occasion de l'employer chez trois sujets affectés de névralgies rebelles du rameau dentaire antérieur, et à la relation de ces trois nouveaux cas il a joint celle d'un quatrième emprunté à la pratique de Von Langenbeck.

E. Ricklin.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIENE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

SÉANCES GÉNÉRALES

TRAVAUX DES SECTIONS

1re section (Présidence de M. le professeur Révilliod).

Suite. — Voir les numéros 38, 39, 40 et 41.

M. le docteur Challand, médecin directeur de l'Asile des aliénés de Cery, près de Lausanne, après avoir cité des chiffres montrant la fréquence croissante en Suisse des cas d'aliénation mentale produits par l'alcoolisme soit individuel et direct, soit héréditaire, expose les résultats de son observation personnelle à cet égard. Les épileptiques sont presque toujours des enfants d'alcoolisés. Il a vu depuis quelques années un grand nombre de cas de vésanie chronique chez des buveurs, probablement à cause de la qualité de plus en plus mauvaise des boissons consommées. Ce qu'il a surtout constaté, c'est la prédominance des formes lypémaniaques chez les aliénés alcooliques. M. Challand croit du reste, comme M. Roulet, que si la consommation se bornait à celle des boissons fermentées, l'alcoolisme chronique serait évité; il parle aussi du vinage et des éléments impurs que renferment les alcools du Nord (de grains et de pommes de terre surtout).

M. Alglave, professeur à la Faculté de droit de Paris, ne croit pas à l'efficacité de la propagande par la prédication de l'abstinence. Les motifs élevés n'agissent pas malheureusement sur ceux que la passion domine. Il faut une intervention des autorités; mais comme elles ne parviendront jamais, malgré les impôts les plus élevés, à modifier l'intérêt qu'ont ces débitants dans la vente des spiritueux; au contraire, plus l'impôt sera fort, plus ils seront encouragés à la vente des alcools impurs (on sait qu'on vend avec profit, dans le nord de la France, des mélanges pernicieux où entre même l'acide sulfurique), il désirerait que l'Etat monopolisât l'achat des boissons alcooliques et ne payât un bon prix que de celles qui seraient suffisamment rectifiées (98 à 99 0/0). Si le distillateur ne pouvait vendre qu'à l'Etat, celui-ci pourrait exiger des alcools de plus en plus purs. D'autre part, l'Etat étant le seul fournisseur des détaillants, aurait sur eux tous les moyens possibles de surveillance.

Enfin cette combinaison donnerait à l'Etat une source de revenus extrêmement considérable

M. le baron de Thérésopolis, de Rio-de-Janeiro, indique avec enthousiasme l'usage du café comme le meilleur moyen pour combattre l'alcoolisme. Mélangé à l'eau, il constitue un excellent breuvage très répandu dans le Brésil, où la consommation alcoolique est d'ailleurs inconnue dans certains districts. Il propose donc de substituer ce mélange au vin, à la bière, aussi bien qu'aux spiritueux.

M. Rochat, de Genève, président central de la Société suisse de tempérance, donne un résumé des progrès de cette société et cite un certain nombre de cas d'ivrognes ramenés à la sobriété. Ainsi à Tramelan (Jura bernois) 20) personnes ont signé l'engagement d'abstinence.

Le docteur Frank Lombard, de Genève, présente une statistique comparée de l'alcoolisme en Italie et à Genève. M. Lombard ne croit pas à l'inutilité des moyens préventifs; il faut, dans la lutte contre l'alcool, se servir de l'action morale ainsi que d'autres moyens. Les Etats les plus respectueux de la liberté individuelle ont fait intervenir l'action administrative, et elle est indispensable. Une réglementation ou un monopole, ou même la prohibition comme dans certaines parties des Etats-Unis sont justifiables. Une législation fiscale aussi bien que répressive doit en tout cas être dirigée contre les excès de cette nature, car la société doit se mettre en garde contre les conséquences économiques morales et physiques de la ruine prématurée de ses membres; aussi s'occupe-t-on en Suisse de changer l'article constitutionnel, qui assure aux débitants la liberté d'empoisonner leurs clients. M. Lombard voudrait un monopole avec mise en régie, comme en Suède.

M. le docteur Roulet ne croit pas que le système préconisé par MM. Alglave et F. Lombard puisse être appliqué partout. S'il peut être installé dans certains grands pays, en France, par exemple, en Suisse, au contraire, la population préférera avoir affaire à une armée d'inspecteurs chargés de vérifier les qualités des boissons plutôt que de voir des employés lui vendre de l'eau-de-vie au nom de l'Etat. L'expérience a du reste été faite dans le canton de Berne et n'a pas réussi. A l'encontre de M. de Thérésopolis, M. Roulet ne croit pas que le café puisse être considéré comme l'antagoniste de l'alcool. Les excès de café ne seraient-ils d'ailleurs pas nuisibles à la longue?

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Davaine, dont le nom est indissolublement lié à l'histoire de la découverte de la bactéridie charbonneuse et des progrès dont cette découverte a été l'origine, sous la vigoureuse impulsion de M. Pasteur.

Par une disposition expresse de M. Davaine, aucun discours n'a été prononcé à ses obsèques.

M. DE VILLIERS présente, au nom de M. le docteur A. Zinuis, professeur à l'Université d'Athènes une brochure intitulée : *Du rôle de la dentition dans la pathologie enfantine.*

M. Léon LE FORT offre en hommage une brochure intitulée : *Le germe ferment et le germe contage*; leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en mai 1882.

— M. POTAIN, candidat pour la section de pathologie interne, lit un travail intitulé : de l' *œdème rhumatismal et du pseudo-lipome sus-claviculaire.*

M. Potain rappelle d'abord que M. Verneuil a inséré, au mois de mars dernier, un article dans la *Gazette hebdomadaire* sur le *pseudo-lipome sus-claviculaire.* Cette affection est caractérisée par une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place en une convexité dont le relief peut s'élever de deux et même trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines. Cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Elle est sans changement de couleur à la peau, n'est ni dure, ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt. Elle est élastique, non douloureuse à la palpation.

Ce que M. Potain a observé de son côté est absolument d'accord avec la description donnée par M. Verneuil. Il fait remarquer tout d'abord que la saillie un peu exagérée des régions sus-claviculaires est chose relativement fréquente chez les sujets quelque peu obèses, où elle est en quelque sorte normale.

En dehors de ces conditions particulières, M. Potain a rencontré dans ces trois dernières années, et recueilli vingt cas de ce genre, tant en ville qu'à l'hôpital. Quatre de ces observations portent sur des hommes.

Presque tous les malades, comme ceux de M. Verneuil, étaient des rhumatisants, et présentaient des manifestations évidentes de leur diathèse : tantôt douleurs vagues, mobiles, à retour fréquent, soit au niveau des jointures, soit dans les masses musculaires ou sur le trajet des nerfs ; tantôt douleurs fixées sur certaines jointures ; tantôt craquements très fins ou très rudes, sans douleur, pendant les mouvements. Chez la plupart, il existait une tuméfaction chronique ou douloureuse d'une ou de plusieurs articulations, notamment des genoux, des poignets, des doigts et même des articulations tibio-tarsiennes Très souvent quelques uns des doigts présentaient ce renflement des têtes phalangiennes indiquant un premier degré du rhumatisme chronique. Les urines de plusieurs malades offraient une tendance marquée à la formation de dépôts uriques ou même de gravelle véritable.

Il y a donc une tendance très marquée du pseudo-lipome de s'associer à diverses manifestations du rhumatisme, plus particulièrement du rhumatisme chronique.

Trois des malades observés par M. Potain étaient diabétiques ; un avait une affection athéromateuse de l'aorte, un autre un de ces prurits excessifs si fréquents chez les arthriques. Enfin, chez bon nombre de ces malades, il existait un état anormal du système nerveux, tantôt sous la forme d'excitabilité vague, tantôt sous celle de l'hypochondrie, formes que l'on observe souvent chez les arthritiques.

Toutes les fois, très rarement il est vrai, qu'il a été possible à M. Potain de trouver la trace de l'arthritisme, parmi les ascendances de ces malades, c'est dans la lignée maternelle qu'il a pu les rencontrer.

Plus d'une fois la maladie est survenue quelque temps après la ménopause, ou a été précédée par des émotions et des chagrins. Mais, ce qui est certain, c'est qu'on ne trouve guère cette anomalie que chez les sujets doués d'un certain embonpoint.

Le lipome sus-claviculaire déborde parfois la région qui lui a été assignée et envahit les parties voisines ; d'autre part, des tuméfactions de même aspect, de même consistance, se montrent très souvent en même temps qu'elles sur d'autres points : sur les côtés du tendon rotulien, du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles ou plus exceptionnellement au-dessous des bosses occipitales, dans les régions temporales, parotidiennes, sous-maxillaires, deltoïdiennes, enfin dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche et habituellement graisseux, semble plus susceptible de surcharge de graisse ou de sérosité. Très fréquemment on remarque chez les individus affectés d'arthritisme chronique et assez souvent en même temps qu'un certain degré de tuméfaction pseudo-lipomateuse de la région sus-claviculaire, une sorte de boursouflure du dos des mains prédominant singulièrement au niveau des espaces étroits qui séparent les articulations métacarpo-phalangiennes et formant là de petites éminences entre lesquelles la peau, déprimée au niveau des têtes des métacarpiens, constitue de petites fossettes tenues pour gracieuses sur une jolie main. La main à fossettes est presque toujours une main d'arthritique et appartient plus spécialement à l'arthritisme féminin.

Un certain nombre des malades chez lesquels on constate les pseudo-lipomes, ont en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, sans aucune de ses causes communément admises ; sans présenter ni maladie, ni faiblesse du cœur, ni gène appréciable de la circulation pulmonaire, ni obstacle quelconque à la circulation veineuse périphérique, ni trace d'albuminurie, ni ombre d'état cachectique. Chez huit de ses malades, M. Potain a constaté un œdème manifeste ; tantôt il était peu marqué, limité au bas des jambes, ou bien étendu à toute leur longueur et facile à constater par la dépression classique que le doigt produisait au devant du tibia ; d'autres fois il était diversement distribué et de siége variable.

Cet œdème arthritique n'est point d'ailleurs un fait étrange, isolé, ou qui se présente exclusivement dans les circonstances ci-dessus indiquées. En dehors et en l'absence du pseudo-lipome on rencontre assez souvent, chez les rhumatisants, un œdème qui n'a évidemment d'autre cause que la diathèse rhumatismale elle-même

L'œdème qui se produit dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou chronique, et que l'on rencontre sous une forme pseudo-inflammatoire, en dehors de toute manifestation articulaire, peut se rencontrer aussi chez les gens en puissance de la diathèse rhumatismale, sous une forme absolument froide et tout à fait analogue à l'anasarque des maladies du cœur, de l'albuminurie et à celui que l'impression du froid peut faire naître en dehors de toute participation des reins, l'anasarque *a frigore.*

En résumé, il peut se produire dans le cours du rhumatisme chronique, comme dans celui du rhumatisme aigu ou subaigu, une sorte d'œdème analogue à celui qui a été appelé essentiel ; cet œdème se rencontre surtout dans les formes mobiles et vagues du rhumatisme chronique, dans celles où les perturbations du système nerveux semblent avoir une part prédominante ; il peut atteindre des proportions considérables, une assez grande fixité et, faute d'en connaître la possibilité et d'en établir le diagnostic par élimination suffisamment attentive, il pourrait être la cause d'erreurs fâcheuses ou d'inquiétudes très sérieuses et non justifiées.

En rapprochant ce qui vient d'être dit au sujet de l'œdème rhumatismal chronique, des différentes formes du pseudo-lipome, il semble à M. Potain que l'on ne peut guère se refuser à voir dans ces différentes manifestations morbides des affections de même famille, différant par le siége et non par leur nature. Sans doute, quand le pseudo-lipome a vieilli, il se peut que la prolifération du tissu cellulaire graisseux y tienne une notable place, mais M. Potain est bien tenté de croire que cette prolifération n'a été provoquée que par le travail fluxionnaire même d'où l'œdème est résulté.

Le travail de M. Potain est renvoyé à l'examen de la section de pathologie interne, constituée en commission d'élection.

— M. GUÉNIOT a la parole pour la continuation de la discussion.

sur l'allaitement artificiel. L'heure avancée empêche l'orateur de terminer son discours; il le continuera dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1882. — Présidence de M. LABBÉ.

M. PÉRIER, secrétaire annuel, lit le procès-verbal de la dernière séance.

M. HORTELOUP, secrétaire général, dépouille la correspondance.

M. TERRIER fait hommage à la Société du premier fascicule du tome III de son *Traité de pathologie externe*.

M. VERNEUIL fait hommage du troisième volume de ses Mémoires de chirurgie. Ce volume contient les études sur les *états constitutionnels* et le *traumatisme*.

M. BERGER, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, rappelle un cas de tétanos qu'il a guéri par l'amputation du membre blessé. C'était un cas des plus graves, car il existait un traumatisme considérable et le tétanos s'était révélé d'emblée par des accès intermittents de convulsions cloniques.

Il s'agissait, dit M. Berger, d'un individu qui avait reçu un coup de feu à la main, et auquel j'avais appliqué le pansement ouaté de M. Guérin. Au quatrième jour, des spasmes localisés se manifestèrent dans les muscles de l'avant-bras; mais les convulsions se généralisèrent rapidement, affectant la forme d'accès intermittents.

J'enlevai aussitôt l'appareil ouaté; mais pendant que je procédais à cette manœuvre, un spasme violent détermina l'issue d'un os du carpe à travers la plaie. Je me décidai alors à faire la désarticulation du coude, et je la pratiquai séance tenante, après quoi je prescrivis 10 grammes de chloral à prendre en lavements dans les vingt-quatre heures.

A partir de ce moment, les accès convulsifs cessèrent comme par enchantement. Le trismus, après avoir persisté une huitaine de jours, disparut à son tour, et le malade guérit parfaitement, mais il conserva pendant plus d'un an un certain état de contracture du bras.

Je suis porté à attribuer ce succès à l'opération bien plus qu'à la médication interne, car les cas analogues que j'ai traités uniquement par le chloral ont toujours été suivis de mort.

M. TH. ANGER vient de perdre, à l'hôpital Cochin, un petit malade qui avait eu la main broyée dans un engrenage. Un jour, après avoir été soumis à un violent courant d'air dans les cabinets de l'hôpital, le malade fut pris d'opisthotonos et de pleurosthotonos; puis, au quatrième jour seulement, de trismus. Les lavements de chloral et les injections sous-cutanées d'ésérine calmaient momentanément les convulsions, mais celles-ci reparaissaient ensuite avec plus de violence.

Cet exemple démontre une fois de plus l'influence du refroidissement sur la production du tétanos traumatique.

M. DESPRÈS, pendant son séjour à l'hôpital Cochin, malgré les courants d'air et les causes de refroidissement signalés par M. Anger, n'a observé que cinq cas de tétanos. Il a remarqué que les plaies du petit doigt et du pouce provoquent à elles seules autant de cas de tétanos que les plaies de toutes les autres régions.

M. Desprès ne conteste pas d'ailleurs le rôle que joue dans la production de cette complication des plaies le froid humide. Ce rôle est aujourd'hui suffisamment démontré pour qu'il soit nécessaire d'entourer les blessés des plus grandes précautions.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit à l'action nocive du froid, mais il a vu un bon nombre de cas de tétanos à la production desquels cette cause était certainement étrangère.

M. TERRIER est d'avis, comme M. LUCAS, que les brusques changements de température ne sont pas la cause unique du tétanos. Il a soigné récemment un interne en médecine de l'hôpital Saint-Antoine pour une fracture compliquée de la jambe. Malgré les soins qui lui furent prodigués par tous ses collègues de l'hôpital, lesquels maintinrent dans la chambre, sur la recommandation expresse de M. Terrier, une température constante de 18 degrés, le tétanos se déclara le quatorzième jour et enleva le malade en dix jours.

— M. DESPRÈS lit un rapport sur une observation adressée à la Société par le docteur Moulinié (d'Excideuil).

Il s'agit d'un fibro-lipome de la paume de la main; la tumeur s'était insinuée sous le ligament carpien; depuis quelque temps, elle s'était enflammée et avait notablement augmenté de volume. L'ablation qui fut faite de cette tumeur, après éthérisation locale, fut suivie d'un plein succès.

M. le rapporteur rappelle les difficultés du diagnostic différentiel entre le fibro-lipome, le lipome simple et le kyste à grains hordéiformes, difficultés qui deviennent plus grandes quand la tumeur s'étend sous le ligament carpien. Le diagnostic ne peut guère être fondé que sur la marche plus ou moins lente de la tumeur, l'existence ou l'absence de douleurs spontanées, l'état des mouvements des doigts. Quant à la crépitation, on la retrouve au même degré dans toutes ces tumeurs

M. TH. ANGER fait observer que, malgré le voisinage des gaines tendineuses, toutes les opérations pratiquées pour l'ablation de ces tumeurs sont suivies de succès.

M. POZZI signale une variété de lipome de la paume de la main, qui siège au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, et qui, par sa structure, participe des caractères de l'angiome et du lipome.

Quant aux lipomes de la plante du pied, dont l'existence a été niée par Broca, on doit en admettre deux variétés : le lipome sous-aponévrotique et le lipome sous-cutané.

— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit un rapport sur le mémoire de M. le docteur Queirel (de Marseille) sur l'emploi de la ligature élastique dans le traitement de la fistule à l'anus.

Les conclusions de l'auteur, que M. Lucas-Championnière accepte avec quelques réserves, sont les suivantes : La méthode de la ligature élastique est exempte de dangers; elle met à l'abri des hémorrhagies; elle ne s'accompagne pas de réaction inflammatoire; elle supprime les chances de récidive, à la condition que chaque diverticule de la fistule ait été étreint dans un fil spécial; enfin elle détermine si peu de douleur que l'on peut se dispenser de donner le chloroforme.

M. Lucas-Championnière croit que la douleur provoquée par l'opération est en raison directe de l'épaisseur du fil, et il recommande d'employer un fil plein de très petit volume. Il conseille, en outre, d'immobiliser le malade pendant deux ou trois jours.

M. VERNEUIL proteste formellement contre les conclusions posées par M. Queirel et acceptées par M. Lucas-Championnière. Il est d'avis que l'emploi du bistouri doit être proscrit dans le traitement de la fistule, mais, au lieu de la ligature élastique qui donne lieu d'ordinaire à des douleurs très violentes, il conseille l'emploi du thermo-cautère. Ce procédé est le plus rapide, le moins douloureux, le plus efficace, à condition que l'opération soit complète, et qu'on ne permette pas au malade de se lever trop tôt. Il est surtout applicable chez les diathésiques tuberculeux, chez les albuminuriques et les goutteux.

M. MARC SÉE, qui a souvent pratiqué la ligature élastique, dit que le mérite de cette méthode est d'être extrêmement simple, en ce qu'elle supprime l'outillage chirurgical que l'on n'a pas toujours sous la main; mais il a eu souvent des récidives.

M. DESPRÈS préfère le bistouri et l'écraseur linéaire à la ligature élastique et même au thermo-cautère qui fait des brûlures

profondes, provoque des douleurs très vives, et ne met point à l'abri des hémorrhagies.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Kirmisson présente un jeune homme de vingt ans, amputé à l'âge de quatre ans de la jambe droite, et dont le moignon est atteint de *conicité physiologique*. L'observation est renvoyée à l'examen d'une Commission.

Séance du 11 octobre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Continuation de la discussion sur le tétanos. — M. Nicaise : J'ai observé un malade âgé de 37 ans, qui eut le 31 août le troisième orteil gauche écrasé. Il continua son travail pendant dix jours, et le dixième jour un médecin régularisa la plaie. Le malade commença dès lors à souffrir, et le 14 septembre se déclara le tétanos : dysphagie d'abord, puis trismus, raideur des muscles de la nuque, du dos, puis opisthotonos. Le 21 il entra dans mon service. A ce moment la plaie était presque cicatrisée et le malade ne ressentait aucune souffrance. Pas de corps étranger dans la plaie. Le tétanos n'était pas très accusé ; le trismus permettait un léger écartement. De temps en temps le malade éprouvait une secousse accompagnée d'une augmentation du trismus et d'une légère douleur à la jambe et à l'orteil.

Le premier jour, bain de vapeur et opium ; même traitement le second jour ; puis le 25 on administra 4 grammes de chloral en trois doses, à deux heures d'intervalle. Le lendemain, même état ; on prescrit 6 grammes de chloral, qui déterminent une excitation extrême ; mais bientôt le malade peut presque s'asseoir. Les jours suivants, la dose de 4 grammes fut continuée, et l'état resta stationnaire. Le 3 octobre, aggravation due probablement à l'ouverture d'une fenêtre près du malade ; on donna 5 grammes de chloral en potion et 2 grammes en lavement. Le lendemain perte de connaissance, sorte de coma. Suppression du chloral et disparition du coma et de la contracture au bout de deux jours. Aujourd'hui le malade est guéri.

D'après cette observation, je crois donc que le chloral peut devenir toxique si on l'emploie à une dose supérieure à 3 ou 4 gr. chaque fois, bien que son élimination rapide permette de dépasser parfois de beaucoup cette mesure dans les vingt-quatre heures.

Sur la ligature élastique (suite). — M. Terrier : Je ne suis pas de l'avis de M. Lucas-Championnière, qui me paraît trop généraliser l'emploi de la ligature élastique dans les cas de fistules anales.

Les causes des fistules sont assez diverses et ces causes nécessitent peut-être une thérapeutique différente, suivant que ces fistules se produisent chez des tuberculeux ou qu'elles résultent d'un abcès provenant d'une hémorrhoïde enflammée, d'un corps étranger, etc. En effet, on observe souvent des diverticules, des dilatations par places, des culs-de-sac, et presque partout ces cavités sont tapissées de bourgeons charnus, de véritables fongosités. A l'hôpital Temporaire, j'ai vu bien des malades opérés de fistules. Souvent les opérations avaient été multiples, et beaucoup de malades n'étaient pas guéris.

La ligature élastique paraît une bonne chose pour un trajet fistuleux peu étendu. On opère alors aussitôt après avoir fait l'examen du malade.

Quand on veut employer l'écraseur linéaire, il faut, non pas passer le fil, puis l'anse de l'écraseur et serrer. Chassaignac passait un tube à drainage, *canalisait* la fistule, laissait le tube de 2 à 15 jours; puis, quand le diverticule semblait en voie de cicatrisation, il substituait l'anse et sectionnait avec l'écraseur. Cette pratique m'a donné d'excellents résultats.

D'autres fois, quand ce trajet remonte haut du côté du bassin ou présente beaucoup de diverticules et que les végétations se cicatrisent difficilement, je cautérise énergiquement les fongosités. Lorsque, malgré cela, la cicatrisation se fait mal, j'ouvre largement, j'explore avec les doigts et je gratte les fongosités avec la curette de Volkmann. L'hémorrhagie en nappe qui se produit cède à la cautérisation au thermo-cautère. Je panse ensuite le plus souvent chaque trajet avec une mèche imbibée de solution phéniquée ou de pommade à l'iodoforme.

M. Desprès croit que M. Terrier généralise ce qui arrive chez les tuberculeux. Les grandes fistules pelviennes ne présentent d'ordinaire pas de fongosités, pas de trajets fistuleux multiples. Assez souvent seulement on trouve plusieurs orifices cutanés, dont M. Desprès ne s'est jamais préoccupé. Desault a dit que, pourvu qu'on ouvre le trajet rectal et le trajet cutané le plus apparent, les autres se cicatrisent. M. Desprès cite deux malades guéris en un mois par cette méthode; de plus, une seule incision a suffi pour guérir une femme atteinte de fistule avec quatre orifices cutanés à la suite d'un abcès de la glande vulvo-vaginale ouvert dans le rectum et à l'extérieur.

Velpeau guérit aussi par cette méthode un malade en deux mois.

Jamais M. Desprès, sur 230 à 240 fistules qu'il a opérées, n'a débridé plusieurs trajets.

Quant à la curette, M. Desprès n'en voit pas la nécessité.

En résumé, pour les petites fistules rien ne vaut le bistouri, pour les grandes, rien ne vaut l'écraseur.

M. Berger a observé beaucoup d'insuccès à la suite d'opérations même multiples, pour des fistules anales; mais presque toujours l'opération avait été incomplète. Quand tous les diverticules avaient été ouverts, et leur revêtement enlevé, il obtenait presque toujours la guérison. M. Berger fait cependant une restriction pour le cas où les orifices cutanés des fistules sont pris dans un tissu sclérodermique. Il faut alors enlever complètement ce tissu.

Il arrive quelquefois que, malgré tous ces soins, la guérison ne s'effectue pas, mais c'est qu'alors les malades, sans être des tuberculeux avérés, sont en puissance de tuberculose. M. Berger cite un cas à l'appui de cette observation.

M. Trélat partage l'avis de M. Berger. Il divise les fistules en deux variétés. Les fistules qui résultent des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur sont des fistules résultant le plus souvent de phlegmons graves à forme rapide. Elles ne présentent ni fongosités ni callosités et, par une incision large et haute, on a une guérison rapide. Celles-là, M. Trélat les laisse de côté. Reste une catégorie bien plus commune, où l'on observe des *galeries* plus ou moins considérables creusées dans les aponévroses, les muscles, etc. Ici les procédés opératoires ne se distinguent que parce qu'ils sont hémostatiques ou non. Ce temps de l'opération est d'ailleurs le moins important. Ce qui importe, c'est la modification des parties profondes, si l'on modifie ou détruit par quelque procédé que ce soit les tissus peu propres au travail cicatriciel et qu'on panse la plaie d'une façon antiseptique, on obtient le plus souvent la guérison.

M. Duplay dit que, dans le débat, on lui semble s'être un peu éloigné de la question, qui portait sur la valeur de la ligature élastique. Comme l'a dit M. Terrier, une méthode uniforme semble impossible à établir. Il y a des fistules simples et des fistules complexes, ces dernières comprenant celles de l'espace pelvi-rectal supérieur et surtout les fistules à trajets multiples. Pour les fistules simples, ne remontant pas très haut, le procédé opératoire importe peu ; mais le nouveau moyen proposé a surtout ce grand avantage de ne pas constituer, pour ainsi dire, une opération et surtout de ne pas obliger à endormir le malade. M. Duplay est un des premiers à avoir employé cette méthode dans ce cas.

M. Desprès proteste contre cette opinion de M. Trélat, que, quel que soit le moyen de dićrèse, cela n'importe pas.

Pour lui, les fistules à l'anus guérissent quand on a réuni les

deux trajets, c'est-à-dire quand il ne s'introduit ni gaz ni matières dans un trajet conservé pour leur passage.

M. Terrier n'accepte pas cette opinion de M. Desprès et cite deux observations de malades de son service qui ont conservé longtemps un drain dans leur trajet parce qu'ils ne voulaient pas se faire opérer. A la longue le drain a coupé le pont et les malades ont guéri par cette sorte d'opération spontanée.

M. Marc Sée est de l'avis de M. Terrier. De plus, il cite le cas où il y a un décollement de la muqueuse au-dessus de l'orifice interne. Dans ce cas, il faut fendre la muqueuse pour obtenir la guérison. Enfin, il pense que la ligature élastique est un excellent moyen pour opérer une fistule chez un tuberculeux avancé.

M. Trélat appuie l'opinion de M. Terrier et de M. Marc Sée et dit qu'on voit un grand nombre de fistules stercorales guérir spontanément, alors que le trajet est traversé par des gaz et des matières fécales.

M. Lucas-Championnière. J'ai dit simplement dans mon rapport que la ligature élastique est un bon procédé à appliquer dans certains cas. Je n'ai pas dit qu'il n'y a jamais de récidive ; au contraire, j'en ai étudié les conditions.

M. Terrier a dit que les grandes fistules ne sont pas justiciables de ce procédé. J'en ai opéré ainsi de très élevées, mais je ne saurais encore conclure.

De plus, la cicatrisation se fait derrière le fil, à condition qu'il soit resté un certain temps. Ce temps doit être assez long, et le fil doit être très fin.

Enfin, je crois que le malade ne doit pas se lever et se promener de suite ; il faut le panser avec soin, sous peine de voir quelquefois se développer l'infection purulente, ainsi que j'en ai observé quatre cas et M. Desprès un.

Un dernier avantage est de n'avoir pas besoin de chloroforme et d'avoir moins de chances d'accidents chez un malade diathésique.

M. Humbert présente une maladie guérie d'un kyste tendineux à grains riziformes par une simple incision avec pansement antiseptique.

Il en conclut que c'est un excellent moyen d'éviter la suppuration et que, contrairement à ce qu'ont dit certains auteurs, rien ne démontre la nécessité de la récidive.

Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. Berger, Marc Sée et Nicaise, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

BIBLIOGRAPHIE

De la syphilis du testicule, par Paul Reclus, chirurgien des hôpitaux, etc., avec six planches. — Paris. G. Masson, éditeur, 1882.

Cette monographie, où M. Reclus a réuni tous les documents relatifs à l'histoire si complexe et si discutée du testicule syphilitique, constitue actuellement le chapitre de pathologie le plus complet que nous possédions sur ce sujet. Écrite d'une façon magistrale, elle n'est pas seulement une œuvre d'érudition pure et de critique médicale; l'auteur a su, à l'aide de nombreuses observations dont plusieurs lui appartiennent, imprimer à la partie clinique une originalité spéciale et élucider certains points les plus obscurs de l'histoire de l'affection.

Dans un premier chapitre, M. Reclus nous fait assister aux diverses phases qu'a traversées le sarcocèle syphilitique avant de prendre définitivement place dans le cadre nosologique. Il nous rappelle l'incertitude de Curling et des auteurs anglais sur la nature exacte de la maladie, les divergences d'opinions sur les gommes testiculaires, leur confusion avec la tuberculose, les idées exclusives de Ricord et de Virchow sur leur non-suppuration.

M. Reclus fait aussi l'historique du fongus du testicule, qui n'est rattaché que depuis bien peu de temps à la syphilis, et nous cite les travaux divers qui ont été publiés récemment sur une forme peu connue de la syphilis testiculaire, l'épididymite syphilitique.

Dans le chapitre suivant, qui a trait à l'anatomie pathologique, l'auteur passe successivement en revue les lésions de la tunique vaginale, combat l'idée erronée qu'on s'est faite sur la fréquence de l'hydrocèle dont on a voulu faire un signe pathognomonique, ensuite sur la rareté des lésions de l'épididyme surtout dans la forme purement scléreuse, décrit longuement les lésions du testicule et insiste sur leur développement irrégulier.

Dans un chapitre réservé à l'examen microscopique, l'auteur insiste particulièrement sur la coexistence fréquente sinon constante de la sclérose et de la gomme, et établit nettement que la sclérose du parenchyme testiculaire se traduit par une prolifération du tissu interstitiel et par la transformation des tubes séminifères et des vaisseaux en de véritables cordons fibreux, lésions qui transforment le testicule en un vrai fibrome atrophique, et qui sont bien différentes de celles de la sclérose purement parenchymateuse de l'orchite chronique.

Dans la symptomatologie, nous signalerons surtout l'épididymite syphilitique, le sarcocèle infantile de la syphilis héréditaire, et une forme peu connue, l'orchite à début brusque, qu'on pourrait confondre avec l'orchite uréthrale et qui a été indiquée par quelques auteurs et par M. Duplay dans ses leçons.

L'auteur insiste encore sur les formes périphériques décrites par Ricord sous le nom d'albuginite, et les formes centrales tout aussi fréquentes, selon lui.

Au point de vue de la gomme suppurée, citons encore les caractères qui permettent de la distinguer d'avec les ulcérations de la tuberculose épididymaire.

Signalons enfin le chapitre relatif au fongus profond, sur la pathogénie duquel M. Reclus a reproduit les idées nouvelles qu'il avait émises à ce sujet dans un mémoire antérieur.

Le diagnostic est l'objet d'un paragraphe spécial fort bien fait et dans lequel l'auteur a soigneusement étudié le diagnostic différentiel d'avec la tuberculose, le cancer et en particulier le lymphadénome récemment étudié par MM. Monod, Trélat et Terrillon.

Nous n'avons voulu que mentionner, comme on le voit, les titres des divers chapitres, car cette monographie, tout empreinte d'un cachet clinique si remarquable, échappe à l'analyse et veut se lire d'un bout à l'autre.

Nous ne doutons pas qu'elle n'obtienne près du public médical le même succès que l'excellent mémoire de l'auteur sur la tuberculose du testicule.

L'ouvrage est terminé par six belles planches fort bien exécutées, dont quatre en couleur.

Picqué.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Parmi les victimes de la fièvre typhoïde qui sévit si cruellement en ce moment à Paris, nous devons citer le nom de M. Tulio (A.), étudiant en médecine, originaire de Porto-Rico, mort ces jours derniers. C'est en remplissant ses fonctions d'externe à l'hôpital Trousseau que M. Tulio a contracté la maladie à laquelle il vient de succomber.

***

Hopitaux de Paris. — Amphithéâtre d'anatomie, année 1882-83, — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 16 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° Anatomie topographique, M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ; 2° Physiologie, M. le docteur Quénu, prosecteur, les mardis et samedis ; 3° Anatomie descriptive, M. le docteur Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis ; 4° Histologie. M. A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures. Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

***

Assistance publique. — Par arrêté préfectoral du 29 septembre, M. Goupy, membre du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique, est désigné pour présider la commission chargée de l'examen et du classement des demandes de placement gratuit dans les hospices en remplacement de M. Raynet, dont les fonctions cessent le 30 septembre.

— Nous apprenons que la fourniture du *Vinaigre Antiseptique de Pennes* pour tous les hôpitaux civils de Paris venait d'être autorisée officiellement.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 6 octobre au jeudi 12 octobre 1882.

Fièvre typhoïde 250. — Variole 5. — Rougeole 3. — Scarlatine 0. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 24. — Dysenterie 1. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 81. — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 61, — au sein et mixte 40. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 76. — de l'appareil respiratoire 55. — de l'appareil digestif 40. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 1. — Epuisement 1. — Causes non définies 2. — Morts violentes 33. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1174 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 43 28 OCTOBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 26 octobre 1882.

LES QUESTIONS RELATIVES A L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE DEVANT LE CONSEIL MUNICIPAL, LES CONSEILS D'HYGIÈNE ET LES SOCIÉTÉS SAVANTES.

L'épidémie de fièvre typhoïde est en décroissance, ou tout au moins subit une rémission. Nous croyons devoir faire cette réserve parce que, si l'on examine le nombre des admissions dans les hôpitaux et celui des décès pendant les semaines antérieures, on voit qu'ils ont subi des variations d'une semaine à l'autre, et que la courbe qui les représente est loin d'être continue. Il y a eu, pendant la quarante et unième semaine, comme une forte poussée de l'épidémie ; on pourrait en observer ultérieurement de semblables ; aussi ne faut-il pas se réjouir trop tôt et y a-t-il lieu d'appliquer les mesures prophylactiques dont on s'est un peu tardivement occupé. Le mouvement qui, sous ce rapport, a pris naissance dans la presse médicale, ne pouvait tarder à se communiquer aux différents corps administratifs ou savants qui ont dans leurs attributions celle de veiller à la santé publique ; on peut dire, en effet, que partout cette semaine la fièvre typhoïde a été à l'ordre du jour.

Devant le Conseil municipal, M. le directeur de l'Assistance publique a fourni des renseignements statistiques sur la marche de l'épidémie dans les hôpitaux et sur les mesures qu'il a prises pour recevoir les nombreux typhiques qui ont eu recours à l'assistance hospitalière. Les chiffres qu'il a présentés ne manquent pas d'intérêt.

Au moment où la fièvre typhoïde a pris un caractère épidémique, les hôpitaux généraux, qui renferment 4,513 lits inscrits au budget, en contenaient 5,616 occupés par des malades, c'est-à-dire qu'il y avait 1,103 lits supplémentaires ou brancards. L'encombrement était donc déjà considérable, circonstance des plus favorables pour aggraver l'état des typhiques entrants et accroître l'intensité du foyer épidémique. Notons de suite que les malades occupant les 5,616 lits se décomposaient en 2,519 atteints de maladies aiguës et 2,270 atteints de maladies chroniques. L'administration en a conclu que ce qui manque aux besoins du service hospitalier, c'est moins un hôpital proprement dit qu'un hôpital-hospice. Aussi, dans le projet du budget de 1883, le directeur général propose-t-il la création d'un établissement de ce dernier genre.

Quel que fût l'encombrement, il fallait recevoir les typhiques qui venaient frapper à la porte des hôpitaux. Par différentes mesures qui ont consisté surtout à ouvrir les hôpitaux supplémentaires (ancien Hôtel-Dieu, Tournelle), les salles de rechange de certains autres, à transformer en salles de malades des réfectoires, des gymnases, des salles de réunion, des classes, à transporter dans les hospices un certain nombre de malades chroniques des hôpitaux, etc., l'administration est arrivée, au 18 octobre, à organiser 1,495 lits supplémentaires. Mais, à cette même date, le nombre des typhiques en traitement était de 2,152. Il y avait donc un déficit notable dans le nombre de lits disponibles. Aussi l'administration s'est-elle occupée d'en créer d'autres, et c'est alors qu'elle a songé à utiliser les combles de l'hôpital Laënnec, la galerie qui longe la terrasse de l'hô-

FEUILLETON

Davaine

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Voici la liste aussi complète que possible des travaux de Davaine :

1837. (Thèse de doctorat). Paris, in-4o.

1843. Note sur le *phthiriasis ani et vulvæ* (espèce bovine). In-Archives de médecine comparée, p. 243.— Cas de rhinocéphalie chez un lapin, In-Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. I, p. 167. — Cas de cyclocéphalie chez un fœtus de cochon, ibid., p. 198. — Observations pour servir à l'histoire de quelques monstruosités de la face (en collaboration avec M. Ch. Robin). In-Mémoires de la même Société, t. I, p. 43.

1844. 23 Préparations concernant le développement du cerveau humain, de 5 semaines à 7 mois, In-Traité complet de l'anatomie de l'homme, par Bourgery et Jacob, t. 18, planche 10 bis.

1849. Sur l'os thyro-hyoïdien des batraciens anoures, In-Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. I, p. 150. — Recherches sur la génération de l'huître. (En collaboration avec M. Chaussat), ibid, p. 98. — Sur la mutabilité de la coloration des rainettes, ibid, p. 153. — Cas d'œuf double de paludine vivipare et de planorbe, ibid. p. 88. — Cas d'hyperencéphalie chez un embryon de poulet, ibid. p. 123. — Cas de scissure de la voute palatine et de la lèvre supérieure (gueule de loup) avec déformation du cerveau chez un fœtus humain, ibid. p. 124. — Cas de rhinocéphalie chez un lapin, ibid. p. 167. — Observations pour servir à l'histoire de quelques monstruosités de la face (en collaboration avec M. Charles Robin), ibid. p. 43. — Cas de cyclocéphalie chez un fœtus de cochon (en collaboration avec M. Chaussat), ibid. p. 198. — Absence de la plupart des vertèbres caudales chez le chien, ibid. p. 123. — Cas d'hydronéphrose observée chez un chien, ibid. p. 119. — Cas d'atrophie partielle de la moelle épinière au niveau de son renflement lombaire coïncidant avec une atrophie des racines antérieures correspondantes et avec une paralysie du mouvement volontaire dans

pital Necker, et à construire des baraquements dans les jardins des hôpitaux de Lourcine, Saint-Louis et Cochin. Elle compte avoir ainsi 456 lits, qui, joints aux précédents, formeront un total de 1,951 lits supplémentaires. L'hôpital Bichat, qui sera ouvert le 1er décembre, en fournira encore 180.

Au 22 septembre, le nombre des typhiques en traitement dans les hôpitaux était de 2,175. Si l'épidémie décroît définitivement, les mesures prises par l'administration suffisent pour faire face aux exigences de la situation. Si l'épidémie prenait un nouvel accroissement ou même se maintenait au degré actuel, on serait obligé de créer de nouveaux services hospitaliers.

A ce sujet, il faut reconnaître que notre organisation est des plus défectueuses. Certes, l'administration a fait ce qu'elle a pu pour satisfaire aux besoins urgents ; mais elle n'a pu éviter l'encombrement, qui existait déjà au moment de l'épidémie, et qui a atteint par ce fait un degré dangereux pour les malades d'abord, pour la population valide ensuite. Elle se gardera sans doute, comme on l'avait d'abord craint, d'envoyer des typhiques dans les baraquements de Lourcine, de Saint-Louis, ou dans les hospices auxquels elle a pris des salles pour la circonstance, et de créer ainsi de nouveaux foyers. Mais elle sera forcée d'accumuler les typhiques dans les services des hôpitaux ordinaires et ne pourra ainsi éviter les grands foyers si contraires à la prophylaxie de l'extension épidémique.

Une épidémie est comme une guerre ; elle frappe à la fois un grand nombre de victimes. Les moyens d'assistance devraient être identiques dans les deux cas. L'administration de la guerre prépare, en temps de paix, le matériel dont elle aura besoin en temps de guerre, et dès que celle-ci est déclarée, dès que les troupes sont en marche, dès que le premier coup de feu est tiré, les hôpitaux temporaires, les ambulances de seconde et de première ligne, sont promptement organisés, on pourrait dire improvisés. L'administration de l'Assistance publique devrait agir de même et préparer, en temps normal, ce qui lui est nécessaire en temps d'épidémie. Il devrait y avoir dans chaque hôpital des salles de rechange, dont on utiliserait les lits vacants dès qu'une épidémie surviendrait. Il devrait y avoir de petits hôpitaux de réserve qu'on ouvrirait également en temps d'épidémie. Enfin il devrait y avoir des baraquements mobiles, de véritables ambulances, qu'on installerait là où le besoin se ferait sentir et où la présence d'un foyer présenterait le moins d'inconvénients. La création d'un pareil système nous paraît aussi utile, aussi urgente que la fondation d'un nouvel hospice, et nous la soumettons à M. le directeur de l'Assistance publique.

Nous disions en commençant que l'épidémie est en décroissance. Du 9 au 15 octobre, il y a en, dans les hôpitaux, 740 entrées et 116 décès ; du 15 au 22 octobre, il y a eu 407 entrées et 92 décès. M. le préfet de police a confirmé l'amélioration de l'état sanitaire, devant le Conseil municipal, en faisant connaître les chiffres de la mortalité en ville. Du 22 septembre au 5 octobre, il y a en 93 décès ; il y en a eu 130 du 6 au 12 octobre, et 123 du 13 au 19.

Les cas intérieurs dans les hôpitaux, malgré l'encombrement, ont été relativement peu nombreux. Ils comprennent 24 malades en traitement, 11 infirmiers, 4 religieuses et un élève en médecine, M. A. Tulio, dont nous avons déjà annoncé la mort. Nous enregistrons avec empressement le témoignage de la sympathie que la perte de ce jeune homme, victime du devoir professionnel, a rencontrée au sein du Conseil municipal.

Nous publions plus loin le questionnaire et les instructions que le Conseil d'hygiène et de salubrité a rédigé, et dont nous avons parlé dans notre précédente Revue.

Le questionnaire, destiné aux commissions d'hygiène des divers arrondissements et aux membres du corps médical, a pour but de réunir des documents propres à faire connaître les causes du développement ou tout au moins de la propagation de l'épidémie. Ces causes ne sont pas encore bien déterminées ; mais l'opinion générale tend à la rechercher dans les conditions que nous avons nous-même signalées, plus particulièrement dans l'encombrement et l'insalubrité des logements. M. de Pietra Santa à l'Académie des sciences, M. Marjolin à l'Académie de médecine, M. du Mesnil à la Société de médecine publique, se sont faits les interprètes de cette manière de voir.

Les instructions du Conseil d'hygiène, destinées au public, seront distribuées partout où la maladie se sera produite. M. Marjolin a fait une vive critique de ces instructions, non qu'il ne les trouve excellentes, mais parce qu'elles sont le plus souvent inapplicables. Et de fait, dans les tristes logements où notre philanthrope confrère a conduit ses auditeurs,

---

les membres postérieurs, observés chez un jeune agneau (en collaboration avec Claude Bernard), ibid. p. 120.

1850. Sur la nature et les fonctions de l'organe palatin des cyprins, ibid., t. II, p. 181. — Recherches sur les globules blancs du sang de l'homme et des animaux, ibid. p. 103. — Description du squelette d'un poulet double monocéphalien, ibid. p. 13.— Duplicité de la face chez les oiseaux, ibid. p. 97. — Remarques sur une observation de fœtus anencéphale, ibid. p. 108. — De l'absence congéniale du radius chez l'homme, ibid. p. 39. — Deux cas de fusion des dents, l'un d'une incisive surnuméraire avec une incisive normale chez un enfant, l'autre de deux molaires chez un adulte; avec des remarques sur ce vice de conformation, ibid. p. 16. — Examen d'une main et de la moitié inférieure de l'avant-bras affectés d'éléphantiasis des arabes (en collaboration avec M. Rayer), ibid. p. 67. — Note sur une tumeur indéterminée des os maxillaires du bœuf, ibid. p. 119. — Cas de compression de la portion thoracique de l'œsophage par une masse tuberculeuse développée dans les ganglions du médiastin postérieur, ayant causé la mort chez un lapin ordinaire (simia capucina), ibid. p. 90.

1851. Conferve parasite sur le cyprinus carpu, ibid. t. III, p. 82. — Sur les larves rendues avec les selles, ibid. p. 112. — Sur des granulations graisseuses du rein chez l'homme, ibid. p. 151.— Recherches anatomiques sur le mermis. In-Annales de la Société entomologique, p. CXIII.

1852. Recherches sur la génération des huîtres, Paris, in-8°. Extrait des Comptes-rendus de la Société de Biologie, t. IV, p. 297. — Cas de cysticerques du tissu cellulaire intermusculaire observés chez l'homme (en collaboration avec Follin). Ibid., p. 19. — Kyste hydatique du foie ayant subi une transformation athéromateuse chez l'homme. Ibid., p. 6. — Examen d'une concrétion sanguine extraite de la veine saphène et regardée comme un hématozoaire. Ibid., p. 127. — Larves rendues avec les selles par un homme. Ibid., p. 96. — Description d'un kyste pileux de l'ovaire droit. Ibid., p. 36. — Note sur un kyste pileux de l'ovaire. Ibid., p. 127. — Note sur des kystes séreux du foie formés par la dilatation des conduits biliaires ou des cryptes de ces conduits. Ibid., p. 54. — Examen microscopique de deux cataractes lenticulaires. Ibid., p. 163. — Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire. Ibid., p. 137.

1854. Sur des animalcules infusoires trouvés dans les selles de

il est difficile de mettre en pratique les mesures prescrites d'isolement et de désinfection. La conclusion à tirer de la discussion qui a suivi sa communication, c'est que les instructions du Conseil d'hygiène trouveront à être appliquées dans un assez grand nombre de cas et rendront ainsi de réels services; en second lieu, que les malades habitant les logements dont a parlé M. Marjolin doivent être transportés à l'hôpital; enfin que ces mêmes logements, qui constituent une tâche, une honte dans une ville comme Paris, doivent disparaître.

M. Marjolin réclame l'application de la loi sur les logements insalubres : ce sera probablement insuffisant. M. Bouley demande une mesure plus radicale : la démolition de ces logements et la construction, aux dépens de la ville de Paris, qui devrait s'imposer extraordinairement à ce sujet, d'habitations salubres pour les gens de la classe pauvre ; ce problème, résolu à Mulhouse et au Hevre, ne saurait être insoluble à Paris. M. du Mesnil trace un programme de réformes qui repose essentiellement aussi sur une demande de crédit au Conseil municipal. Enfin M. Proust, en présence de toutes les réformes qui intéressent la santé publique, émet l'opinion, souvent défendue dans ce journal, qu'elles seront d'une application difficile tant que nos différentes institutions d'hygiène ne seront pas réunies sous une même direction jouissant de l'antonomie et de l'autorité nécessaires.

Devant l'Académie de médecine, la discussion ne pouvait se borner à la question d'étiologie et de prophylaxie ; sur la motion du président, elle s'étendra à l'étude des formes de la maladie et des résultats de la thérapeutique ; nous aurons donc à revenir sur ces différents points.

Dr F. de Ranse.

La contagion de la phthisie pulmonaire

Le récent Congrès international d'hygiène, tenu à Genève, avait introduit dans son programme la question de la contagion de la phthisie pulmonaire. C'était, assurément, un grave sujet.

Pourtant, il est certain que cette mise à l'étude si opportune n'a abouti qu'à un résultat très maigre, et bien des congressistes ont remporté une parfaite déception de la séance consacrée à ce débat.

Il y a de cela plus d'une raison, et quelqu'un qui aurait d'avance réfléchi sur la situation aurait pu prévoir ce qui arriverait. L'organisation des Congrès n'est pas parfaite ; la distribution du temps ne tient pas suffisamment compte de l'importance absolue ou relative des questions ; les membres qui parlent le plus souvent ne sont pas toujours ceux qui en savent le plus long, etc. Mais, par-dessus tout, je crois que l'on n'était pas prêt, en général, à traiter la matière de la façon un peu nouvelle que de récentes découvertes imposent. L'honorable professeur Corradi lui-même, dans les propositions qu'il présentait (comme conclusions d'un rapport que personne n'a vu ni entendu), semble avoir éludé le point capital du problème : « L'observation clinique, dit-il, doit trancher la question que vient de poser si nettement l'expérimentation ; c'est à la pathologie de résoudre bien d'autres questions que soulève la doctrine de la nature parasitaire de la tuberculose..... Mais si la contagion ou la transmission est possible, elle ne se fera que dans des conditions qui restent encore à déterminer.»

Or, il s'agit d'hygiène, et tout le terrain à parcourir par l'hygiène est dans ces deux dernières lignes que l'on n'a presque pas relevées et sur lesquelles d'ailleurs le rapporteur n'a pas insisté davantage. Est-ce que la clinique et la pathologie ne sont pas à l'œuvre depuis qu'elles existent, et surtout depuis ces dix-sept dernières années, pour ne nous donner que la lumière la plus incertaine sur l'origine et la propagation de la tuberculose ? Il ne s'est rien passé de nos jours qui permette d'en espérer mieux; au contraire; elles sont peut-être plus embarrassée que jamais de concilier les doctrines avec les révélations du laboratoire, et ce sera pour elles une suffisante besogne de substituer, aux vieilles théories, des systèmes en rapport avec les données de l'expérience. Il faut donc procéder d'une façon différente, étudier des objets et des circonstances que l'on avait négligés jusqu'ici ; surtout ne pas formuler de conclusions pratiques avant de connaître ces « conditions, qui restent encore à déterminer. »

Au sein du Congrès, M. le docteur Leudet (de Rouen) est venu apporter, à l'appui de la contagion de la phthisie, une statistique faite dans des conditions particulièrement favorables. Néanmoins la démonstration n'est pas positivement éclatante. Dans quinze ménages où le mari était tuberculeux et la femme saine au moment du mariage ou plus tard, cinq fois la femme devint tuberculeuse ; mais de ces cinq femmes

malades atteints du choléra et d'autres affections. In-Comptes rendus de la Société de Biologie, 2e série, t. I, p. 129. — Sur des urcéolaires parasites dans la vessie urinaire des tritons. Ibid., p. 170. — Note sur une tumeur singulière contenant une quantité prodigieuse d'œufs d'helminthe, observée sur un poisson nommé Aigle-Bar. Ibid., p. 141. — Recherches sur les vers des vaisseaux pulmonaires et des bronches chez le marsouin. Ibid., p. 117.

1855. Remarques sur les corpuscules du sang de la lamproie et sur ceux des animaux en général, Ibid., 2e série, t. II, p. 54. — Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure et sur leur développement. Ibid., 157. — Description de deux productions polypiformes du col de l'utérus, constituées par une simple extension des éléments de cet organe (en collaboration avec M. Laboulbène), Ibid., p 142. — Cas de gangrène de l'amygdale dans la scarlatine. Ibid., p. 49. — Recherches physiologiques sur la maladie du blé, connue sous le nom de *nielle* et sur les helminthes qui occasionnent cette maladie. In-Comptes rendus de l'Académie des Sciences, t. XLI.

1856. Recherches expérimentales sur la vitalité des anguillules du blé niellé à l'état de larve et à l'état adulte. Ibid., t. XLIII. — Recherches sur l'anguillule du blé niellé considérée au point de vue de l'histoire naturelle et de l'agriculture. Paris in-8o. Extrait des Comptes rendus de la Société de Biologie, t. III. — Recherches sur la vie latente de quelques animaux et de quelques plantes. Ibid., p. 225.

1857. Note sur un cas de kystes hydatiques multiples. En collaboration avec M. Charcot. In-Mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. IV, p. 103. — Sur un cas de maladie de la balsamine des jardins. (*Impatiens balsamina*). Ibid., p. 131. — De l'action du cœnure sur le cerveau (*Tournis*). Ibid., p. 177.

1858. Recherches sur le développement de l'œuf du trichocéphale dispar et de l'ascaride lombricoïde. In-Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XLVI, séance du 21 juin ; Comptes rendus de la Société de Biologie, 2e série, t. V, p. 105.

1859. Même sujet; Journal de physiologie, t. II, p. 295. — Recherches sur les conditions de l'existence ou de la non existence de la réviviscence chez des espèces appartenant au même genre. In-Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XLVIII.

1860. Mémoire sur les anomalies de l'œuf. Paris, gr. in-8o. Extrait des *Mémoires* de la Société de biologie, 3e série, t. II., p.

deux avaient des antécédents héréditaires et une troisième ne devint tuberculeuse que dix ans après la mort de son mari. Restent deux cas imputables à la contagion seule, *servatis servandis*. Dans quarante et un ménages, où la femme était tuberculeuse au moment du mariage ou peu de temps après, trois fois seulement le mari devint tuberculeux ; encore faut-il noter que l'un de ces trois maris avait perdu une sœur de la même affection. — En somme, sur 56 personnes primitivement saines, voilà 4 tuberculoses acquises, 1 sur 14 individus ou 7 0/0. C'est une assez faible proportion pour une contagion qui a eu toutes les chances de s'exercer. M. Leudet a négligé de nous dire le temps que toute cette évolution avait mis à s'accomplir, et c'est regrettable. Tel conjoint peut avoir vécu cinq ou six ans dans la compagnie de l'autre, tuberculeux ; peut-être que l'on regarde encore comme tuberculose de contagion celle qui éclate un an, deux ans ou plus après la mort de l'époux ou de l'épouse phthisique. Nous finirions par pouvoir suppléer au nombre des individus au moyen du nombre des années ; 56 personnes pendant dix ans équivalent à 560 considérées dans une seule année. Or chacun sait que malheureusement il n'est pas absolument extraordinaire qu'un groupe de 560 individus fournisse trois ou quatre tuberculeux en un an ; je ne dis pas sans contagion, mais sans que les occasions de contagion soient évidentes, comme dans le mariage. Même en ajoutant aux 4 tuberculeux supposés de contagion les 4 héréditaires, nous n'obtenons pas encore un chiffre que l'on ne puisse tenter d'expliquer par l'influence banale des soucis, du chagrin, des fatigues, du mauvais air des malades auxquels est condamné pendant de longs jours le conjoint sain dont l'existence est liée à l'agonie interminable d'un tuberculeux. Remarquons que c'est surtout la femme, la plus faible de l'association matrimoniale, qui devient tuberculeuse par contre-coup.

Il est certain que M. Leudet est dans le vrai quant au principe de la contagiosité tuberculeuse. Mais ses preuves n'affermissent guère ce principe ; pour un peu, elles le compromettraient. Au fait, l'auteur n'a peut-être pas eu l'intention de prouver la contagion de la phthisie, qu'il regarde comme certaine, mais d'en établir la fréquence relative. Seulement, on se demanderait volontiers si, dans sa statistique, il y a réellement eu des cas de contagion.

On a bien vu au Congrès combien l'ancien mode d'observation et de recherches laisse les esprits flottants et livrés à leur inclination propre. Ceux-ci proposent l'isolement hospitalier des phthisiques ou même réclament des législateurs des lois contre le mariage des tuberculeux ! Ceux-là, mieux servis par la juste intuition des choses, rejettent l'isolement des tuberculeux, mais en quelque sorte provisoirement et sans dire si cette mesure rendrait ou ne rendrait pas de services, ni quels services, ni pourquoi. Avouons, du reste, qu'une telle explication est aujourd'hui à peu près impossible.

La clinique, à notre avis, n'a qu'un renseignement important à fournir, et il semble qu'elle l'ait donné depuis longtemps ; à savoir que, sauf les cas d'ailleurs très instructifs mais relativement rares de phthisie aiguë, la tuberculose n'évolue pas avec la rapidité d'allures et la violence de la plupart des maladies contagieuses. Elle ignore le moment du début de chaque cas ; la période d'invasion lui échappe totalement. Il peut y avoir un laps de temps considérable entre l'observation du cas actuel et le moment où il a pris son origine dans la contagion. Il est bon d'en être prévenu ; mais la clinique qui nous donne cet avertissement avoue par là même son impuissance à nous éclairer sur l'acte même de la contagion.

Les études faites suivant les procédés de l'épidémiologie et de la démographie ne nous renseignent pas mieux ; ils nous tromperaient plutôt. La tuberculose, le fléau le plus destructeur de l'espèce humaine, plus meurtrier que la peste et le choléra, frappe ses coups régulièrement, sans bruit, et n'a jamais les bourrasques épidémiques des contagieuses avérées, auxquelles la vérole elle-même n'est pas restée étrangère.

Avec les méthodes d'autrefois, on ne peut guère s'élever au-dessus de « l'idée préconçue » de la contagiosité tuberculeuse, suivant l'expression d'un des orateurs du Congrès. Mais il n'en est plus de même si l'on veut bien admettre le secours des procédés modernes d'inoculation, de culture et d'isolement des contages.

En réalité, et à moins qu'on ne veuille se livrer à des disputes de mots, nous savons parfaitement, depuis la mémorable expérience de Villemin et les recherches de Chauveau, Gerlach, Ed. Klebs, Peuch, Toussaint, R. Koch, que la tuberculose est contagieuse. Disons, si l'on veut, « *transmissible* », puisque la transmission expérimentale a eu lieu plus souvent avec la lancette et la seringue de Pravaz que selon les modes « cliniques ». Mais rappelons-nous que tout virus transmis-

183. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques. Paris, in-8o, avec fig. Trad. anglaise, 1863 ; 2e édition française, 1877.

1861. Hydatides développées dans le poumon et suivies de guérison. In-Comptes rendus de la Société de Biologie, 3e série, t. III., p. 271. — Hydatides du cerveau et du cœur (en collaboration avec M Charcot). Ibid., p. 273. — Recherches sur le frémissement hydatique. Ibid., p. 189.

1862. Sur la constitution de l'œuf de certains entozoaires et sur la propriété de se développer à sec. In-Mémoires de la Société de Biologie, 3e série, t. IV. — Sur un mode de dissémination des œufs chez les entozoaires des voies respiratoires. Ibid., p… Faits et considérations sur la trichine (*Pseudalius trichina*). Ibid., p…

1863. Sur la coloration vineuse d'une infusion par le développement de monades rouges. In-Comptes rendus de la Société de Biologie, 3e série, t. V., p… — Sur une nouvelle espèce de sarcine commune chez la poule. Ibid., p… — Cas de pied bot coïncidant avec un spina bifida chez un veau. Ibid., p… — Recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de sang de rate. In-Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LVII p. 220, 351, 386 ; Comptes rendus de la Société de Biologie, 3e série, t. V, p. 149 et Mémoires de la même Société, p. 193.

1864. Nouvelles recherches sur la nature de la maladie charbonneuse connue sous le nom de sang de rate. In Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LIX, p. 393. — Sur la présence des bactéridies dans la pustule maligne chez l'homme (en collaboration avec M. Raimbert). Ibid., p. 429. Sur l'existence et la recherche des bactéridies dans la pustule maligne. In Comptes rendus de la Société de biologie, quatrième série, t. I, p. 93.

1865. Recherches sur la nature et la constitution anatomique de la pustule maligne. In Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LX, p. 1296. — Sur la présence constante des bactéridies dans les animaux affectés de la maladie charbonneuse. Ibid., tome LXI, p. 334. Recherches sur une maladie septique de la vache regardée comme de nature charbonneuse. Ibid., t. LXI, p. 368. — Note en réponse à une communication de MM. Leplat et Jaillard sur la maladie charbonneuse. Ibid., t. LXI, p. 523.

1868. Note sur la pustule maligne. In-Bull. de l'Acad. de méd., t. XXVI, p. 721. — Expériences relatives à la durée de l'incubation

sible par l'inoculation instrumentale a infiniment de chances de pouvoir se répandre encore autrement. Il n'y a plus de « virus fixes » ni de « virus diffusibles; » mais des corpuscules-contagés plus ou moins disposés à quitter leur lieu d'origine, plus ou moins robustes dans leur vitalité, plus ou moins capables de s'accommoder à des milieux nouveaux.

Ce n'est pas à dire que ces corpuscules contages soient des parasites, mais peu s'en faut; ni que le corpuscule tuberculeux transportable soit un microbe, mais c'est très probable. Ce microbe est-il celui de Klebs ou celui de Toussaint ou le Bacillus de Robert Koch, qui vient de faire son apparition avec un certain éclat? Je ne sais, et beaucoup de médecins seront, comme nous, un peu gênés par l'embarras du choix. Mais c'est dans cette direction que les efforts de l'étiologie ont actuellement des chances de porter quelque fruit.

(A suivre.)

CHIRURGIE PRATIQUE

ABCÈS FROID PÉRILARYNGIEN SIMULANT UN KYSTE MÉDIAN DU COU. — Observation par M. PICQUÉ, chef de clinique.

P... (Jean-Baptiste), âgé de trente-six ans, exerçant la profession d'imprimeur, entre le 20 juillet 1882 dans le service de M. le professeur Gosselin, salle Sainte-Vierge no 33, pour une petite tumeur qu'il porte depuis deux ans au niveau de la partie moyenne du cou.

Dans les antécédents personnels du malade, nous relevons, il y a deux ans, une laryngite qui s'est accompagnée d'une raucité très accentuée de la voix, raucité qui n'a pas disparu.

Il y a un an, le malade a constaté l'apparition d'un gonflement testiculaire qui persiste à l'heure actuelle.

P... tousse depuis deux ans.

Au point de vue de la strume infantile, nous n'avons à signaler que quelques croûtes dans les cheveux et de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Rien à noter sous le rapport des ascendants et des collatéraux.

Le malade vit dans de mauvaises conditions hygiéniques; alimentation, habitation défectueuses. Habitudes alcooliques.

Au point de vue des commémoratifs, P... nous raconte qu'il y a un an, c'est-à-dire un an environ après le début de sa laryngite, il s'est aperçu de la présence « d'une boule an niveau de la pomme d'Adam. »

Cette tuméfaction est constamment restée indolore et ne gêne le malade que pour avaler.

Etat actuel. Au niveau de l'échancrure supérieure du cartilage thyroïde existe une tuméfaction arrondie d'apparence kystique, régulière, et présentant le volume d'une grosse noix, qui déborde également de tous les côtés l'échancrure thyroïde, sans arriver jusqu'à l'os hyoïde; à son niveau la peau ne présente aucune modification dans sa couleur, son épaisseur, sa vascularisation. Elle glisse facilement sur la tumeur.

A la palpation, on constate la rénitence propre à toutes les tumeurs liquides.

La tuméfaction ne glisse pas sur les parties sous-jacentes; on ne peut la déplacer dans aucun sens, quoique cependant le contour de sa base soit facile à apprécier au palper.

Vraisemblablement la tumeur adhère en un point; mais quel est ce point et quelle est son étendue? C'est ce que l'examen ne permet pas d'établir.

Rien de particulier au point de vue des troubles fonctionnels; la tumeur se meut avec le larynx auquel elle se trouve attachée et n'apporte qu'un peu de trouble aux fonctions de la déglutition.

Examen du larynx. — La muqueuse est d'une couleur rouge sombre sans tendance au bourgeonnement; au niveau du repli aryténo-épiglottique droit et à la face interne, on trouve une ulcération petite, à bords irréguliers, mais non décollés; le fond en est assez superficiel, peu déprimé, recouvert d'un enduit d'apparence pultacée. Rien d'apparent à l'épiglotte ni aux cordes vocales.

Peu de sécrétion laryngée, si ce n'est le matin; pas de douleur spontanée ou provoquée; pas de troubles respiratoires.

Poumons. — Signes de tuberculisation peu avancée. On trouve au sommet gauche un peu de diminution du murmure vésiculaire; expiration prolongée et quelques craquements dans la fosse sus-épineuse du même côté.

Etat des organes génito-urinaires. — L'épididyme gauche est considérablement augmenté, surtout à la tête, et présente les caractères physiques de la tuberculose (bosselures, mais sans points ramollis); du reste, l'affection s'est développée spontanément, sans période aiguë.

des maladies charbonneuses et à la quantité de virus nécessaire à la transmission de la maladie. Ibid., p. 816 à 821.

1870. Rapport sur un travail de M. le docteur Raimbert, intitulé : Recherches sur la constitution et le diagnostic de l'œdème malin. Bulletin de l'Académie de médecine, 1870, p. 50. — Rapport sur deux mémoires de M. Mégnin relatifs à des parasites du chat et du cheval. Ibid., p. 55. — Etudes sur la contagion du charbon chez les animaux domestiques. Ibid., p. 215. — Etudes sur la geuese et la propagation du charbon. Ibid., p. 741. — Expériences relatives à un moyen de multiplier le virus vaccinal. Ibid, p. 743.

1872. Recherches sur quelques questions relatives à la septicémie, 1872, p. 907. — Recherches sur quelques questions relatives à la septicémie. Ibid., p. 976. — Recherches sur la nature de l'empoisonnement par la saumure, 1872, p. 1051. — Cas de mort d'une vache par septicémie. Ibid, p. 1058. — Lettre sur la septicémie. Ibid., p. 1243.

1873. Observations sur la septicémie chez l'homme. Ibid., p. 124. Résumé de 83 expériences sur la question, 222. — Rapport sur un mémoire de M. Onimus sur l'influence des organismes inférieurs développés pendant la putréfaction et sur l'empoisonnement putride des animaux, p. 464. — Discussion sur la septicémie, 487. — Réponse à M. Collin sur ses communications relatives à la septicémie, p. 1272. — Recherches relatives à l'action de la chaleur sur le virus charbonneux. In-Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LXXVII, p. 726. — Recherches relatives à l'action des substances dites antiseptiques sur le virus charbonneux. Ibid., p. 821.

1879. Recherches sur quelques-unes des conditions qui favorisent ou qui empêchent le développement de la septicémie. In-Bulletin de l'Académie de médecine, p. 121.

1880. Recherches sur le traitement des maladies charbonneuses chez l'homme. Ibid., p. 757.

1881. Les trichines et la trichinose. Ibid., p. 249.

A. DUREAU.

Pas d'adhérences aux enveloppes dn scrotum ni de fistnles. Douleur assez vive à la pression.

Induration et bosselures du cordon dans la portion scrotale.

Le testicule du même côté est peu augmenté de volume. Léger épanchement dans la tunique vaginale.

Rien à noter du côté opposé.

La prostate est assez volumineuse, surtout dans son lobe droit; légère saillie près de la portion infundibuliforme, très douloureuse à la pression.

La vésicule séminale ne semble pas intéressée.

Pas de troubles de la miction : rien du côté de la vessie. Etat général assez médiocre. Le malade maigrit heaucoup depuis quelques mois.

Le 23 juillet, on pratique une ponction avec l'aspirateur Potain; le liquide est purulent. Séance tenante, on fait une large incision verticale sur la partie saillante; issue d'une quantité aseez considérable d'un pus légèrement séreux. L'exploration de la cavité ne conduit sur aucune portion de cartilage dénudé. Lavages antiseptiques de la cavité dénudée; pansement consécutif de Bœckel; drainage renouvelé tous les jours.

Le 1er août. La poche suppnre tonjours ahondamment.

Les jours suivants, on introduit dans la cavité des crayons d'iodoforme (iodoforme et gélatine) qu'on laisse séjourner quelques jours.

Le 8 août, le malade quitte sur sa demande le service.

Jusqu'au 25 août, il revient de temps en temps se faire panser. La suppuration a beaucoup diminué. A partir de cette époque, nous l'avons perdu de vne.

Réflexions. — Cette observation nous a semblé fort intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement.

Ce malade est nn tuberculeux qui porte des manifestations multiples de sa diathèse, tuberculose génitale, tuberculose laryngée et pulmonaire.

Il porte de plus un kyste purulent sur la ligne médiane du cou.

Mais quel est son origine? S'est-il développé dans la bonrse séreuse thyro-hyoïdienne décrite par Boyer? On sait que ce chirurgien y a étudié une variété particulière de kyste, qui comprend à elle seule presque tous les kystes de la ligne médiane. Ce kyste est remarquable par sa grande tenacité, ce qu'il doit surtont aux conditions mécaniques de la région, qui gênent singulièrement le recollement des parois.

Mais comme on doit toujours penser au kyste de Boyer en présence d'un kyste médian, nous avone essayé de bien délimiter son siège, et l'on peut voir, d'après la description qui précède, que notre kyste ne se trouvait en rapport ni avec l'os hyoïde, ni avec la membrane thyro-hyoïdienne.

Restent donc les kystes développés aux dépens de ganglions lymphatiques de la membrane crico-thyroïdienne; notre kyste était trop haut pour pouvoir y songer.

Les lobules de la glande, surtout ceux de la pyramide de la luette, les séreuses du tissu cellulaire préthyroïdien, peuvent à la rigueur donner lieu à des kystes, mais ce sont des hypothèses auxquelles nons devions peu nous arrêter chez notre malade, et nous étions conduit à penser qu'il s'agissait d'un véritable abcès froid développé autour et à l'occasion d'une affection tuberculeuse du larynx, comme on en voit autour des tumeurs blanches, et probablement aussi de nature tuberculeuse.

Était-ce un abcès simplement circonvoisin ou bien un abcès provenant d'une périchondrite tuberculeuse consécutive à une laryngite de même nature?

C'est ce qu'il est difficile de dire, mais néanmoins, malgré l'absence de dénudation bien avérée du cartilage thyroïde, nous serions disposés, avec notre excellent maître, M. Berger, à nous rallier à la deuxième opinion.

Dane cette hypothèse, l'abcès est de nature tuberculeuse et doit avoir la même constitution, la même marche et le même pronostic que l'abcès froid par congestion, si admirablement décrit dans ces derniers temps par M. Lannelongue.

Cette nature spéciale ne n'expliquerait-elle pas la difficulté de guérison que, dane la théorie kystique des tumeurs liquides de la région, on expliquait par des conditions mécaniques spéciales?

C'est là du reste une question à revoir, et il est nécessaire que les observateurs fassent attention désormais: 1o au siège exact du kyste; 2o aux antécédente tuberculeux du malade et à l'état du larynx.

Au point de vue thérapeutique, ne pourrait-on donc pas traiter aussi ses abcès comme de vrais néoplasmee et leur appliquer cette méthode de curage qui a produit de si beaux succès dans la cure de l'abcès froid ordinaire? M. Berger, du reste, se proposait de traiter ainsi son malade, lorsque ce dernier a quitté définitivement le service.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Les cristaux d'hémine et les recherches médico-légales. —II. Le tatouage chez les criminels.—III. Mort subite par la fièvre typhoïde chez des enfants a la mamelle. —IV. Viol pendant le sommeil hypnotique. — V. Mort subite pendant un accès de colique hépatique. — VI. La putréfaction de l'utérus. — VII. Mort subite par rupture de la rate. — VIII. De la vision des couleurs. — IX. La mort du président Garfield et l'état mental de l'assassin. — X. Sensibilité de la cavité utérine.

Nous sommes arrivés à un moment où, sous la pression morale des savants lee plus autorisés, on commence à comprendre la nécessité de chercher à former de vrais médecins experts. Rien n'est capable de mieux faire sentir le besoin d'études et de titres spéciaux pour des hommes qui tiennent souvent sous leur dépendance la vie ou l'honneur de leurs semblables, qu'un rapide conp d'œil jeté eur les recherches qui, de tous les côtés, à l'étranger comme dane les diverees Facultés françaises, tant les jeunes que les anciennes, se multiplient tous les jours.

Noue allons, dans une revue forcément concise, noter les principaux résultats des études les plus récentes et indiquer les travaux les plus importants en ce qui intéresse la médecine judiciaire.

I. Si, depuis la thèse remarquable de M. P. Cazeneuve sur l'hématine (1), la prodnction des cristaux d'hémine se trouve singulièrement simplifiée, il faut avouer que les jeunes experts, peu familiers avec les manipulations chimiques, se trouvent embarrassés lorequ'ils ont à opérer par eux-mêmes pour la première fois. C'est ce qu'a reconnu M. le docteur G. Mo-

(1) *Recherches de chimie médicale sur l'hématine.* Thèse de Paris, 1876.

rache. Et pour faciliter la tâche des futurs médecins légistes, le professeur de la Faculté de Bordeaux d'une part (1), et l'un de ses élèves, le docteur C. Eyssautier (2) d'autre part ont publié leurs recherches. Voici leur manière de procéder. Ils font macérer la tache de sang, objet de l'expertise, au contact de l'eau distillée, dans un tube effilé et fermé à l'une de ses extrémités; on brise le bout du tube pour recevoir une partie du liquide sur la lamelle porte-objet, où l'on a préalablement déposé une goutte de solution de chlorure de sodium au 1/200. On ajoute 1 à 4 gouttes d'acide acétique dilué au quart. Le mélange étant étalé sur la lamelle porte-objet, on concentre la dilution en chauffant légèrement. Lorsque le liquide est arrivé à consistance sirupeuse, on ajoute quelques gouttes d'acide acétique cristallisable, on mélange au moyen d'une baguette effilée et on commence à chauffer, mais en procédant par la périphérie, en sorte que le liquide, quittant la zone échauffée pour gagner le centre qui est un peu plus froid, se réunit sur ce centre et se rassemble en un disque épais, transparent et limpide. La concentration reconnue suffisante, on place sur cette goutte épaisse la lamelle couvre-objet, et on amène le tout dans le champ du microscope.

Si la préparation est encore chaude, on assiste au phénomène de cristallisation, toujours intéressant à étudier; si elle est refroidie, les cristaux se reconnaissent instantanément. On obtient ainsi des cristaux d'hémine qui, au lieu de 3 à 4 millièmes de millimètre, peuvent avoir jusqu'à 10, 12 et jusqu'à 25 millièmes de millimètre. Ces cristaux, on le sait, se présentent sous forme de lamelles prismatiques du système rhomboédrique, d'une couleur qui est en général d'un rouge brun, mais qui parfois descend jusqu'au brun pâle et même jusqu'au « jaune paille légèrement orangé » (Morache).

Avec le sang d'oiseaux, de reptiles, de poissons, comme avec le sang des mammifères, M. Morache a toujours obtenu des cristaux identiques à eux-mêmes et de plus identiques à ceux que l'on obtient en traitant par les mêmes procédés, non plus du sang, mais directement l'hémoglobine extraite de différents sangs. Cette dernière recherche n'a été exécutée qu'avec de l'hémoglobine provenant de l'homme, du cobaye, du mouton et du bœuf.

Enfin M. Morache a cherché à appliquer la lumière polarisée aux recherches médico-légales de ces mêmes cristaux de chlorhydrate d'hématine ; et il a constaté que les produits albuminoïdes ou salins étant isotropes laissent le champ obscur, tandis que les cristaux, auparavant masqués ou englobés par ces substances, se distinguent avec éclat.

II. M. le professeur Lacassagne, ayant réuni au laboratoire de la Faculté de Lyon une collection de 1,600 dessins de tatouages, en a fait le sujet d'une étude des plus intéressantes sur le tatouage chez les criminels. Il a relevé 1,333 tatouages sur 378 sujets, dont 360 hommes du 2e bataillon de discipline et 18 hommes appartenant à des pénitenciers militaires (3).

M. Lacassagne a divisé ces tatouages en sept catégories qui sont, par ordre de fréquence décroissante : *historiques* (344), *érotiques* (280), *emblématiques* (260), *militaires* (149), *inscriptions* (111), *professionnels* (98), *patriotiques et religieux* (91).

Les recherches de M. Lacassagne démontreraient que le nombre des tatouages donne presque toujours la mesure de la criminalité du tatoué, ou tout au moins l'appréciation du nombre de ses condamnations et de son séjour dans les prisons.

III. Il est généralement admis en pathologie que la fièvre typhoïde est on ne peut plus exceptionnelle chez les enfants âgés de moins de deux ans. M. Ch. Vibert (1) a fait en moins d'un an cinq autopsies d'enfants morts subitement et qui à l'autopsie ont présenté les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Ce travail offre donc un double intérêt :

1o Au point de vue de la pathologie, il montre d'abord que la fièvre typhoïde peut atteindre les enfants à la mamelle : des cinq enfants examinés par M. Vibert, l'un n'était âgé que de neuf jours, un autre avait deux mois, le troisième cinq mois, le quatrième six mois et le cinquième neuf mois ; ensuite, que les symptômes peuvent passer complètement inaperçus; enfin, que la simple hypertrophie des plaques de Peyer n'est pas suffisante à caractériser la fièvre typhoïde chez les très jeunes enfants. M. Vibert a en effet examiné les intestins de tous les enfants âgés de moins d'un an dont il a fait l'autopsie, et il a presque constamment rencontré des plaques de Peyer très développées. « On ne peut donc conclure, dit M. Vibert, à l'existence de la fièvre typhoïde que quand ces plaques sont en même temps *ulcérées*, que les ganglions mésentériques sont violacés et très volumineux, que la rate est tuméfiée et difluente, etc. »

2o Au point de vue médico-légal, il ressort du travail de M. Vibert que la mort par la fièvre typhoïde peut se produire dans des conditions telles que l'on puisse soupçonner un crime; car l'on a cru, sur ces cinq cas, une fois à l'asphyxie par des vapeurs de charbon et trois fois à une suffocation accidentelle. De plus, on devra retenir ce fait que, dans trois de ces autopsies, on a constaté des ecchymoses sous-pleurales.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1o Un rapport de M. le docteur Challaud, sur la situation sanitaire de la ville de Perpignan (Présenté en séance par M. Larrey).

2o Un rapport de M. le docteur Reeb, médecin principal de première classe, sur le service médical de l'hôpital thermal de Bourbonne pour l'année 1881.

3o Un travail de M. Peschwind, médecin de première classe, contenant la relation d'une épidémie de fièvre scarlatine qui a sévi sur le 6e bataillon de chasseurs en garnison à Romorantin.

4o Une note de M. le docteur Sorel, médecin-major à Sétif, intitulée : *Recherche de la glycosurie chez les paludiques.* (Présentée par M. Léon Colin.)

5o Une note de M. le docteur Souloumac, relative à une épidé-

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, no 25, p. 17.

(2) C. Eyssautier. *Des sels d'hématine. étude de chimie biologique avec applications à la médecine légale.* Thèse de Bordeaux, 1880.

(3) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, no 28, p. 289 et suiv.

(1) Communication à la Société de médecine légale et Annales d'hygiène publique, no 34, p. 353.

mie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Maynai (Jura). Présentée par M. Jaccoud.

6o Un travail manuscrit de M. le docteur Bernier (de Bournonville) sur le traitement de la métrite par le chalumeau-cautère.

7o Un travail de M. de Saint-Martin sur une forme de gazomètre propre à divers usages médicaux et physiologiques.

8o Un pli cacheté adressé par M. Alliot. (Accepté.)

— M. le président Hardy présente, au nom de M. le docteur Burdel, membre correspondant, une brochure sur l'impaludisme.

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. le docteur Jacob, médecin principal, un appareil destiné à injecter des gaz et des liquides, par la trompe d'Eustache, dans l'oreille moyenne.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom du Conseil d'hygiène, le *Questionnaire* adressé par ce Conseil aux médecins, à l'occasion de l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

M. Dujardin-Beaumetz présente, en outre, au nom de M. le docteur Maurice Dupont, un appareil d'aérothérapie.

M. Villemin communique, au nom de M. le docteur Véron (de Philippeville), un cas d'abcès de foie traité par une large incision qui a donné issue à deux litres et demie de liquide; le malade a succombé en quarante-huit heures à une péritonite suraiguë.

M. Jules Rochard fait observer qu'il importe, dans les cas d'abcès du foie, de ne pas se hâter de faire l'ouverture et d'attendre la formation des adhérences, afin d'éviter les accidents de péritonite.

M. Jules Béclard présente, au nom de MM. Cornil et Ranvier, un exemplaire de la deuxième édition de leur *Manuel d'histologie pathologique*, en deux volumes.

L'épidémie de fièvre typhoïde. — M. Marjolin, rappelant ce qu'il disait il y a quelques ans sur l'influence désastreuse que les logements insalubres exercent sur la population des grandes villes, appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur la situation déplorable dans laquelle se trouvent beaucoup de ménages d'ouvriers, situation mauvaise sous tous les rapports et qu'il faut tâcher de faire cesser au plus tôt dans l'intérêt de tous. Sans méconnaître les efforts et les intentions louables du Conseil d'hygiène et des commissions locales, il constate que ces efforts sont paralysés par l'impuissance de la loi. L'épidémie de fièvre typhoïde, qui sévit actuellement sur Paris, est une occasion de demander que la loi sur les logements insalubres ne reste pas lettre morte.

N'est-ce pas aussi le moment d'exposer combien sont insuffisantes les ressources dont dispose l'Assistance publique lorsqu'une épidémie se manifeste au milieu d'une population comme celle de Paris ?

Enfin, les mesures prescrites dans la circonstance actuelle sont-elles d'une application possible ?

Ce sont ces trois points que M. Marjolin se propose d'examiner.

Pour ce qui est de l'insalubrité des logements, malgré les plus louables efforts des commissions locales, les choses sont restées à peu près dans le même état, et M. Marjolin cite à l'appui ce qu'il a été à même de constater dans plusieurs visites qu'il a faites récemment dans divers quartiers d'ouvriers.

Nous trouvant ainsi désarmés en face de l'ennemi, ne serait-ce pas le moment, ajoute-t-il, de réclamer, dans l'intérêt public, des mesures d'urgence et des inspections, non pas seulement dans les maisons où il y a des malades ou des décès, mais dans toutes celles signalées pour leur malpropreté et leur mauvaise tenue ?

Quant à l'Assistance publique, M. Marjolin se borne à dire qu'il est regrettable que, depuis le temps où l'on a signalé les dangers de l'encombrement et de l'occupation prolongée des salles, elle n'ait pas mis à profit ce que l'expérience avait démontré dans les hôpitaux militaires, et qu'elle n'ait pas également adopté le système de l'alternance, en consacrant dans chaque hôpital une ou deux salles pour cet usage.

Arrivant aux instructions qui viennent d'être publiées au nom du Conseil d'hygiène : Ces prescriptions, fort sages du reste, dit-il, ne peuvent réellement être mises en pratique que dans les ménages aisés, et je crois qu'il sera facile de le démontrer en examinant successivement chacun des paragraphes de l'instruction.

Dans cette discussion, M. Marjolin montre que l'application de la plupart de ces articles est matériellement impossible dans les logements dont il vient de parler. Comment, en effet, isoler le malade dans une famille de six à huit personnes couchant toutes dans la même chambre ? Comment exiger son transport à l'hôpital dans le cas où l'isolement n'est pas possible ? Comment aérer des chambres sans air et sans jour ? Comment placer le lit au milieu de la chambre dans laquelle on peut à peine se retourner ? Et la désinfection des injections ? Et la désinfection des vêtements ? Et l'assainissement de la chambre tel que l'entend le Conseil d'hygiène ? Tout cela est d'une application extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des logements occupés par les classes pauvres. Il y a donc beaucoup à faire et la première chose à faire, indispensable, urgente, est d'exiger l'application de la loi sur les logements insalubres, loi restée jusqu'ici lettre morte. C'est aux médecins, conclut M. Marjolin, qu'il appartient d'obtenir les réformes nécessaires, le médecin ayant le plus de compétence et d'influence en pareille matière.

M. Larrey fait observer que le Conseil d'hygiène ne s'est pas dissimulé les difficultés, les impossibilités même, dans certains cas, de l'application des règles qu'il a formulées. Aussi, en présence de ces difficultés, M. Larrey a-t-il particulièrement insisté, au sein du Conseil, pour que la loi sur les logements insalubres fût exécutée. L'autorité a été saisie de ces faits ; elle s'en s'est émue et cherchera d'autant plus vite à y remédier qu'un mouvement général s'est produit précisément en raison de l'épidémie actuelle.

M. Lagneau, l'un des premiers, a demandé une enquête sur l'étiologie de cette épidémie. Sur son avis, le Conseil d'hygiène a pensé qu'il était nécessaire de donner des instructions pour la fièvre typhoïde comme pour la variole. Sans doute il est regrettable que la loi sur les logements insalubres ne soit pas exécutée; les commissions locales d'hygiène n'ont aucune autorité et ne peuvent agir. Tout cela est d'autant plus regrettable que depuis quelque temps il y a une immigration considérable à Paris. On a remarqué que c'est le plus habituellement dans les hôtels garnis de bas étage que se développent le plus facilement ces sortes d'épidémies. On a institué des commissions d'architectes-inspecteurs pour ces hôtels. Les mesures indiquées par le Conseil d'hygiène, dans l'instruction relative à la fièvre typhoïde, sont, au moins en grande partie, applicables à ces logements garnis. Quant à l'Assistance publique, il est bien évident qu'elle se trouve dans une insuffisance complète dans les circonstances comme celle où nous nous trouvons. Aussi a-t-on, depuis longtemps déjà, demandé la construction d'hôpitaux spéciaux, de voitures spéciales pour le transport des varioleux.

Relativement à la désinfection des locaux, l'administration doit fournir gratuitement, autant que possible, les moyens désinfectants. M. Marjolin a signalé avec raison le manque d'eau dans les logements dont il a parlé; c'est là encore un mal à réparer promptement. Enfin M. Lagneau signale l'encombrement de l'hôpital du Gros-Caillou, qui, paraît-il reçoit un très grand nombre de fiévreux typhoïdiques provenant des casernes Dupleix ou de l'École militaire. Il serait donc également urgent de procéder à la désinfection de ces casernes.

M. Bouley fait observer que la Ville de Paris a commis une grosse faute en démolissant des quartiers entiers où se trouvaient des logements relativement assez sains, abordables pour les populations ouvrières et en obligeant ainsi ces populations à refluer vers la périphérie, où elles se trouvent actuellement confinées dans des conditions hygiéniques déplorables. Il fallait donc, en même temps qu'on détruisait ces quartiers, faire bâtir des cités ouvrières convenablement et sainement aménagées, où ces populations auraient

pu se réfugier. C'est véritablemsnt une honte pour une ville comme Paris, de laisser ainsi grouiller autour d'elle une semblable vermine humaine et de n'être pas encore arrivé à résoudre ce problème de la plus haute importance et déjà si heuresement résolu à Mulhouse, au Havre et dans bien d'autres villes.

M. Bouley propose donc que l'Académie émette le vœu que le Conseil municipal soit saisi aussitot que possible de cette importante question et s'applique à y porter promptement remède, fût-par un emprunt.

M. Dujardin-Beaumetz : M. Marjolin accorde aux médecins une influence qu'ils n'ont pas : ils ne peuvent pas, en effet, prendre sur eux de faire démolir une maison ou d'en chasser les habitants. Relativement aux malades atteints de fièvre typhoïde, on a fortement combattu leur transport à l'hôpital, le fait étant considéré comme dangereux pour eux. Mais un malade atteint de fièvre typhoïde se présente à nous sous deux aspects; il faut l'envisager pour lui-même et pour les autres, comme agent de contage. C'est à ce second point de vue que son transport à l'hôpital peut être considéré comme nécessaire. On a incriminé l'encombrement comme cause de l'épidémie actuelle ; mais les conditions matérielles étaient les mêmes il y a six mois ou un an. On ne saurait donc admettre l'encombrement comme cause unique. M. Alphand, consulté sur ce qu'il pensait relativement à l'étiologie de l'épidémie actuelle, a répondu que, selon lui, les nombreuses constructions que l'on fait en ce moment à Paris, les grands remuements de terre doivent y être pour quelque chose. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que les logements insalubres ne sauraient être seuls incriminés dans l'origine de l'épidémie que nous traversons.

M. Maurice Perrin. M. Lagneau pensait que la fièvre typhoïde avait pu trouver un élément de contagion dans l'encombrement et l'infection des casernes Dupleix et de l'Ecole militaire. La situation, en ce qui concerne ces casernes, est plus satisfaisante que ne le croit M. Lagneau. La caserne Dupleix n'a, pour ainsi dire, pas de malades atteints de fièvre typhoïde ; l'Ecole militaire en a très peu. S'il y a là une influence épidémique, elle est aussi modérée que possible et l'on pourrait aussi bien retourner la question et dire que c'est la population civile qui a infecté l'armée ; mais ni l'une ni l'autre ne seraient l'expression de la vérité. Quant à l'encombrement de l'hôpital du Gros-Caillou, il est incontestable, mais il en est ainsi de tout temps et il n'y a malheureusement pas plus de moyens, actuellement, d'éviter l'encombrement des hôpitaux militaires que celui des hôpitaux civils.

M. Proust. Il y a deux points dans la communication de M. Marjolin : l'un relatif à l'étiologie, l'autre à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Pour les moyens prophylactiques, on n'a pas assez insisté sur l'importance de la désinfection des matières et des fosses d'aisance. Quant à l'étiologie, elle est impossible à étudier sur une étendue comme celle de Paris. Mais il est une question dominante dans la communication de M. Marjolin, c'est celle des logements insalubres. C'est là une question d'hygiène publique et il est à regretter qu'en France il n'y ait pas une direction de l'hygiène publique. M. Proust demande la parole sur ce sujet pour une des prochaines séances.

M. Marjolin fait observer qu'il ne s'agit pas seulement de l'épidémie actuelle, mais qu'il est, dans cette discussion, un fait qui domine tous les autres et sur lequel, dit-il, nous sommes tous d'accord : c'est l'importance, l'urgence de l'application de la loi sur les logements insalubres. Il est des cas où, comme le disait M. Dufaure, il faut faire une saine agitation. Il en est ainsi de l'importante question qui nous occupe. Il faut agir de suite et énergiquement. Il y a une loi qui n'est pas encore exécutée; il faut en exiger l'exécution.

M. le président propose de mettre à l'ordre du jour la question de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 octobre 1882. — Présidence de M. Millard.

Tænia et ladrerie. — A l'occasion du procès-verbal, M. Rathery appelle l'attention de ses collègues sur un nouveau cas de ladrerie chez l'homme observé par lui cette année à l'hôpital Tenon. Il s'agit d'un malade qui était entré dans le service pour une affection du cœur (insuffisance aortique et lésion mitrale concomitante). En examinant cet individu, il trouva sur la poitrine, un peu au-dessous du mamelon gauche, une petite tumeur lui donnant tout à fait la sensation des kystes que l'on observe chez les sujets atteints de ladrerie. Poussant alors plus loin ses investigations, il en découvrit une quinzaine d'autres en différents points du corps. L'un de ces petits kystes ayant été enlevé pour en faire l'étude, M. Rathery constata la présence de cysticerques.

L'auteur de cette communication insiste surtout : 1° Sur le nombre relativement peu considérable de ces tumeurs · 2° Sur leur siège spécial, exclusivement situé à la région sus-diaphragmatique du corps (face, poitrine et bras) ; 3° Sur l'absence de vésicule sub-linguale, sur l'absence aussi de troubles généraux ou fonctionnels ; 4° Sur la petite dimension des kystes et leur indolence absolue, indolence telle, que si la lésion cardiaque ne l'avait appelé à examiner la région précordiale, la maladie eût passé inaperçue ; 5° enfin, sur ce fait que la ladrerie est relativement bénigne chez l'homme et, qu'abandonnée à elle-même, elle semble devoir affecter une régression naturelle.

En terminant, M. Rathery se demande si la lésion cardiaque, survenue ici sans cause connue, ne serait pas la conséquence de quelque kyste développé dans les fibres charnues du cœur.

M. Sevestre a eu l'occasion de suivre le malade de M. Rathery jusqu'à sa mort, survenue le 22 septembre dernier. Cet homme fut pris tout à coup à la fin du mois de juillet d'accidents hématuriques, lesquels ont duré jusqu'à son dernier jour. Les urines, peu abondantes, étaient constamment sanguinolentes. En raison du fait bien constaté de ladrerie, M. Sevestre avait songé à la présence de quelques cysticerques dans les reins.

L'autopsie de cet homme a démontré l'absence de tout cysticerque dans les viscères. Les reins étaient des reins seulement cardiaques. Des athéromes considérables existaient dans l'aorte et au niveau de la valvule mitrale. Quant aux kystes, en apparence sous-cutanés, ils siégeaient en réalité au milieu des fibres musculaires et n'existaient que dans les points où ils avaient été constatés pendant la vie. Mais, fait important, M. Rathery a trouvé dans l'intestin grêle, à 75 centimètres de la valvule iléo-cæcale, un ténia avec sa tête et ses crochets.

Correspondance. — Elle comprend les lettres de candidature de MM. Barth et Tapret au titre de membres titulaires de la Société.

Nécrologie. — M. le président fait part de la mort de MM. Woillez et Hillairet et invite M. le secrétaire général à donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société lors des obsèques de chacun d'eux.

La fièvre typhoïde et l'assistance publique. — M. Martineau, vivement ému du projet arrêté par l'administration de l'Assistance publique de commencer dès demain la construction, dans les jardins de l'hôpital Lourcine, de baraquements destinés à recevoir, croit-il, 60 malades atteints de la fièvre typhoïde, demande :

1° Si la Commission d'hygiène, instituée à la suite d'un vote de la Société, en vue d'éclairer l'administration, a été consultée au sujet de ces travaux ;

2° Si elle sait à quel genre de malades les nouveaux lits sont destinés ;

3° Enfin, si elle ne considère pas comme un danger formidable pour le personnel des malades de Lourcine, dont l'âge varie géné-

ralement de quinze à trente-cinq ans, la création d'un pareil foyer épidémique.

M. Besnier, l'un des membres de la commission, déclare que celle-ci est encore dans la période de l'enfantement et qu'elle n'a en rien été consultée par l'administration.

Quant à lui, son opinion personnelle est qu'il n'est pas admissible d'introduire dans un hôpital spécial des malades capables de semer la contagion autour d'eux. Ce n'est pas seulement *une action mauvaise*, mais c'est *une mauvaise action* que de créer ainsi volontairement un foyer épidémique dans un établissement dont la population est dans des conditions d'âge aussi favorables à contracter la fièvre typhoïde.

Si l'on me faisait, dit-il, pareille proposition dans l'hôpital auquel je suis attaché, non seulement je protesterais de toutes mes forces, mais encore je refuserais absolument mes services. Les médecins de Lourcine doivent protester contre une pareille tendance.

M. Martineau demande à la Société de vouloir bien s'associer aux paroles de M. Besnier et considérer aussi comme une mauvaise action la décision prise par l'administration de construire à Lourcine des baraquements destinés à des malades atteints de la fièvre typhoïde, pour les y installer dès le 4 novembre prochain.

M. Bucquoy reçoit souvent à l'hôpital Cochin des malades provenant de Lourcine ou du Midi, atteints d'affections étrangères à celles que l'on soigne dans ces deux établissements ; il a remarqué que chez tous ceux qui arrivaient ainsi atteints de la fièvre typhoïde, la maladie revêtait toujours la forme la plus grave.

M. Gouguenheim joint sa protestation formelle à celle de M. Martineau et déclare que dès le jour où la première fièvre typhoïde entrera à Lourcine, il portera le fait à la connaissance des malades de son service, les avertissant du danger auquel l'administration de l'assistance publique les expose volontairement.

M. Empis demande la formation d'un comité secret pour discuter plus amplement la question posée par M. Martineau.

Cette proposition est heureusement repoussée (1); la question est mise en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance (27 octobre) pour être discutée publiquement.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.—M. Du Cazal présente les pièces anatomo-pathologiques d'un individu qui a succombé à cette lésion. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, entré dans son service le 27 août dernier pour une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte. Cet individu fut pris tout à coup, il y a une dizaine de jours, au moment où, sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium, il éprouvait une amélioration notable, d'accès de suffocation des plus violents, lesquels disparurent aussi rapidement qu'ils étaient venus. Ce premier accès fut suivi le lendemain et les jours suivants de crises asphyxiques semblables à la première et le malade succomba à la cinquième crise, qui dura deux heures. Examiné au laryngoscope, cet homme ne présentait rien de particulier du côté de la glotte ni des cordes vocales. La mort parait être due à une compression du laryngé inférieur par la tumeur anévrysmale.

La tumeur anévrysmale avait le volume d'une tête de fœtus à terme, et, fait remarquable, le malade n'en avait jamais souffert avant le mois de janvier dernier, et nul n'avait reconnu son existence avant son entrée à l'hôpital, dans les derniers jours du mois d'août.

En terminant sa communication, M. Du Cazal signale les bons résultats qu'il avait obtenus de l'emploi de l'iodure de potassium, et la formation, dans la poche anévrysmale, d'un caillot pesant 300 grammes, mesurant plus de 3 centimètres d'épaisseur, et formé de 7 ou 8 couches successives.

Erythème scarlatiniforme et rhumatisme articulaire aigu.— L'érythème scarlatiniforme est une manifestation rare du rhumatisme aigu, et la science n'en possède qu'un très petit nombre d'observations. C'est pourquoi M. Hallopeau croit devoir rapporter le fait dont il a été récemment témoin dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. C'est le cas d'un homme de 57 ans, qui entrait à l'hôpital au mois de février dernier avec tous les signes d'un rhumatisme articulaire subaigu. Déjà, quatre ans auparavant, il avait eu une première atteinte rhumatismale, aux derniers jours de laquelle était apparue une affection cutanée caractérisée par une rougeur luisante de la peau accompagnée de cuissons assez vives et terminée au bout de 4 ou 5 jours par une desquamation abondante qui dura 15 jours.

A son arrivée, cette année, à l'hôpital, les douleurs articulaires rhumatismales dataient de quatre jours et paraissaient être venues sans cause. La maladie ne présentait pas une très grande intensité, et dès le 6 ou le 7 mars, cet homme était regardé comme convalescent lorsque, à la suite de quelques malaises généraux, la peau de toute la surface du corps prenait une teinte rouge vif, ressemblant à celle de la scarlatine, et donnant à la main la sensation de chair de poule. Cet érythème s'accompagna pendant vingt-quatre heures d'une fièvre assez intense; deux jours plus tard il tendait à disparaître, lorsqu'il se fit une nouvelle poussée cutanée. Enfin, le 15, la desquamation commençait sous forme d'écailles plus ou moins fines, selon les diverses parties du corps, tandis que sur les membres l'épiderme se détachait sous forme de larges plaques. Mais bientôt, et sans cause appréciable, le malade était atteint de congestion pulmonaire s'accompagnant de phénomènes généraux sérieux, en même temps que l'on constatait de l'albuminurie. Le 27 mars, on diagnostiquait en plus une péricardite ; la desquamation était alors complètement arrêtée sur le tronc. Le lendemain, dans la soirée, le malade succombait.

M. Hallopeau ne considère pas dans cette observation l'affection cutanée comme une simple coïncidence, mais bien comme liée au rhumatisme articulaire, d'autant plus que les mêmes faits s'étaient déjà présentés il y a quatre ans chez ce même malade avec les mêmes caractères.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Varèle.

BIBLIOGRAPHIE

Des adénites et des adéno-phlegmons du cou dans l'angine diphthéritique et dans la scarlatine, par M. Arine.

Les formes diverses que peuvent revêtir les adénopathies cervicales liées à la diphthérie et à la scarlatine, le degré de gravité de ces adénopathies, qui constituent une des complications les plus redoutables que l'on puisse rencontrer dans le cours de ces maladies, sont bien étudiés dans la thèse de M. Arine. Les conclusions par lesquelles elle se termine sont du reste étayées par un grand nombre d'observations personnelles ou empruntées à différentes sources.

La première partie est consacrée à l'étude des adénites liées à l'angine diphthéritique. L'auteur décrit les différentes formes que peuvent revêtir les adénites, depuis les formes légères et bénignes jusqu'aux formes hypertoxiques dans lesquelles l'inflammation arrive presque d'emblée à la suppuration et à la gangrène. Ces adénites dépendent sans doute, dans une certaine mesure, des lésions locales bucco-pharyngiennes agissant à titre de lésions irritatives. Mais il faut aussi faire intervenir un autre élément ou plutôt une cause plus générale, qui doit être cher-

(1) Nous ne comprendrions pas qu'une question d'une pareille gravité fût discutée à huis-clos, dans une salle dont la presse serait exclue.

chée dans la nature et le degré de l'infection. La question se présente donc complexe, et la marque de l'infection se retrouve dans la gravité extrême imprimée dès l'abord à la complication ganglionnaire. Pareille remarque doit s'appliquer au pronostic, et il est de toute évidence que l'existence et le degré de l'infection devront entrer en ligne de compte dans l'appréciation de l'évolution ultérieure de ces adénites; on ne pourra se prononcer sur celle-ci qu'en s'appuyant sur l'ensemble des symptômes et non point sur tel ou tel en particulier.

Des remarques analogues peuvent s'appliquer, en partie du moins, aux adénites consécutives à la scarlatine. La gravité de ces dernières peut dépasser de beaucoup celle des adénites diphthéritiques et se terminer par des désordres effrayants, gangrène, suppuration diffuse, décollements, du coté de la région cervicale. Or, ici encore, si l'on se place au point de vue de l'étiologie, il est évident que l'on ne saurait expliquer par l'angine seule, agissant à titre de lésion locale, l'apparition de la complication ganglionnaire. Celle-ci témoigne par sa forme même d'une cause plus générale, plus redoutable, qui est, suivant toute apparence, de nature infectieuse, cause infectieuse dont l'existence était déjà implicitement admise par Trousseau quand il considérait ces adénites comme de véritables *bubons*. Quelques auteurs ont cru trouver récemment, dans l'existence d'un microbe spécial, la caractéristique de ces adénites infectieuses : il y aurait un microbe de la diphthérie et de la scarlatine comme il y a déjà un microbe du charbon malin, de l'érysipèle, etc. Mais cette opinion, inspirée par les tendances actuelles de la science au sujet du rôle joué par les micro-organismes dans la genèse des maladies infectieuses, ne s'appuie guère que sur des hypothèses, et il est nécessaire que de nouveaux faits viennent éclairer la pathologie sur ce point.

Dr P. Muselier.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Etienne Drivon, qui a succombé ces jours derniers à Lyon, à l'âge de 76 ans, aux suites d'une longue et douloureuse maladie.

On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Weisgerber, qui est décédé à l'âge de 63 ans, à Ribeauvillé.

***

Commission d'hygiène hospitalière. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique vient d'instituer une Commission, prise dans le sein du corps médical des hôpitaux de Paris, pour donner son avis sur toutes les questions d'hygiène hospitalière et sur les améliorations à introduire dans les divers services des hôpitaux et des hospices.

Cette Commission, présidée par le directeur de l'administration, se compose de MM. les docteurs :

Moutard-Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil de surveillance;

Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre du Conseil de surveillance;

Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis;

Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades;

Trélat, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris et chirurgien de l'hôpital Necker;

Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon;

Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité;

Baudrimont, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris et directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris;

Breletz, secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique;

D'Echérac, inspecteur de l'administration de l'Assistance publique;

Grou, chef du bureau du personnel du service de santé.

***

Instructions du Conseil d'hygiène sur la fièvre typhoïde. — Voici les instructions du Conseil d'hygiène, dont nous avons parlé dans le dernier numéro :

Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, il convient de prendre les mesures hygiéniques suivantes :

1o Isolement. — Le malade doit être isolé autant que possible des autres habitants de la maison.

Si le local ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital.

Si le malade reste en son domicile, les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent seules pénétrer dans sa chambre, dont l'entrée est sévérement interdite aux enfants et aux jeunes gens. Les personnes soignant le malade font bien de se laver à l'eau phéniquée : 10 gr. par litre d'eau.

2o Aération de la chambre. — La chambre doit être facile à aérer; les tentures, rideaux et tapis, doivent en être retirés; le lit doit être, autant que possible, placé au milieu de la chambre.

3o Désinfection des déjections. — Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées au fur et à mesure par une solution de chlorure de zinc (50 gr. par litre d'eau). Cette solution sera également employée à laver largement les latrines chaque fois que des déjections y auront été jetées.

4o Désinfection des vêtements. — Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade, avant d'être portés hors de sa chambre, doivent être plongés dans une solution d'acide phénique (20 gr. par litre d'eau), et donnés immédiatement au blanchissage.

5o Assainissement de la chambre. — Lors du départ ou de la guérison du malade, on place dans la chambre sur un lit de sable une terrine contenant quelques charbons allumés sur lesquels on met une quantité de soufre concassé proportionnelle à la capacité de la pièce : 20 gr. par mètre cube. La chambre reste fermée vingt-quatre heures. Passé ce délai, les objets de literie et vêtements, contenus dans cette chambre, doivent être nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre doit être largement lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (20 gr. par litre d'eau).

Cette chambre ne sera réhabitée qu'après avoir été largement aérée pendant au moins une semaine.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité a approuvé aussi le questionnaire ci-après, qui doit être envoyé aux commissions d'hygiène et de salubrité de Paris et de la banlieue, ainsi qu'au corps médical :

1o considérations générales.

Quelles sont les causes générales qui ont pu influer sur l'épidémie de fièvre dans l'arrondissement? (Considérations météorologiques, telluriques, etc... encombrement, etc.).

Peut-on suivre une filiation dans les cas observés?

2o considérations spéciales a chacun des cas.

A. — Examen des localités.

Etat de la chambre.

Le malade demeure-t-il en garni?

Combien de personnes couchent habituellement dans sa chambre ?

Cette chambre est-elle salubre ?

A quel étage se trouve-t-elle ?

Est-elle en façade sur la rue ?

Etat de la maison.

D'où provient l'eau consommée habituellement dans la maison ? Cette eau est-elle filtrée ?

La maison est-elle en bon état d'entretien ?

Ses cours intérieures sont-elles en bon état ? (amas d'immondices, résidus industriels ou autres causes d'insalubrité).

Comment se fait l'écoulement des eaux de la maison ? (souterrainement ou par puisard, ou par ruisseau).

Dans quel état sont les latrines ?

Quel est le système de vidange en usage ? (fosses fixes, fosses mobiles, système diviseur, etc).

Etat de la rue.

La rue est-elle pavée, bitumée ou macadamisée ?

Quelle est sa largeur ?

Est-elle pourvue d'égout ?

A quelle distance la maison se trouve-t-elle des bouches d'égout ? Ces bouches d'égout répandent-elles de l'odeur ?

Etat des ruisseaux de la rue ?

Exécute-t-on des terrassements importants dans la rue ou dans le voisinage ? A quelle distance ?

B. — Examen de l'individu.

Examen du malade.

Sexe, âge, état civil et profession.

Nationalité. — Lieu de naissance.

Depuis combien de temps le malade est-il à Paris ?

Quelles sont les causes qui ont pu influer sur le développement de la maladie ? (fatigues physiques, émotions morales, changement d'habitude et de régime, etc.).

C. — Mode de contagion.

Recherche du mode de contagion.

A-t-il existé précédemment dans la maison ou dans son voisinage des cas de fièvre typhoïde ? Leur nombre, leur date. Préciser la date du dernier cas.

Le malade a-t-il été en contact avec un individu atteint de fièvre typhoïde ?

La transmission a-t-elle pu être faite par des déjections, des linges souillés par des matières, etc.?

Le Conseil d'hygiène et de salubrité serait reconnaissant aux commissions d'hygiène et aux médecins traitants de lui fournir tous autres renseignements qu'ils jugeraient utiles concernant l'étiologie de la fièvre typhoïde.

***

ERRATA. — Quelques erreurs se sont glissées dans l'article du précédent numéro consacré à la fièvre typhoïde. A la septième ligne, c'est de la *morbidité* en ville, non de la *mortalité* qu'il s'agit.

Au commencement du troisième paragraphe, c'est de 15 à 35 et non à 25 ans qu'on a relevé 167 décès.

Plus loin, il est dit que la théorie de Pettenkoffer a posé comme *loi*, non comme *lui*.

Enfin, nous donnons ci-dessus la composition de la commission d'hygiène hospitalière dont nous avons parlé en note, et dont un malentendu a fait ajourner l'insertion.

***

FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Voici les chiffres officiels adressés par l'administration de l'Assistance publique au bureau du Conseil municipal de la ville de Paris pour les trois journées des 23, 24 et 25 octobre 1882 :

	23 oct.	24 oct.	25 oct.
	—	—	—
Entrées dans les hôpitaux	50	77	58
Sortis après guérison	75	72	54
Décès	9	9	10

***

ÉPIDÉMIES. — La fièvre typhoïde continue à sévir à Auxerre épidémiquement. Le nombre des cas constatés jusqu'à ce jour s'élèvent au chiffre de 2000 sur 16000 habitants, soit un huitième de la population. On comptait jusqu'à vendredi dernier environ 100 décès.

***

VOITURES DE TRANSPORT POUR LES MALADES ATTEINTS DE VARIOLE. — La préfecture de police vient de faire construire trois de ces voitures, qui sont remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu.

Quand on veut faire transporter un varioleux à l'hôpital, on s'adresse au commissaire de police du quartier qui, sur un certificat médical constatant la nature de la maladie, envoie par télégramme à la préfecture de police le nom et la demeure du varioleux. L'administration de l'Assistance publique désigne l'hôpital où le malade doit être conduit et la voiture va le prendre à domicile pour l'y transporter. Un parent ou un ami du malade peut l'accompagner en prenant place sur le siège, près du cocher.

***

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique, commencera le mardi 7 novembre, à 10 heures du matin, à l'Hôpital de la Pitié, des conférences pratiques d'anatomie pathologique qui seront continuées les mardis et les samedis suivants.

La leçon consistera essentiellement dans une autopsie faite devant les élèves et suivie de démonstration des pièces.

Les étudiants, qui se feront inscrire auprès de M Bobinsky, interne du service, seront exercés à faire eux-mêmes une autopsie sous la direction du professeur.

***

LYCÉES. — Par arrêté ministériel du 10 de ce mois, M. le docteur Carof est nommé médecin-adjoint au lycée de Brest.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 12 OCTOBRE AU JEUDI 18 OCTOBRE 1882.

Fièvre typhoïde 250. — Variole 7. — Rougeole 3. — Scarlatine 0. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 24. — Dysenterie 1. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 81. — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 61, — au sein et mixte 40. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 76. — de l'appareil respiratoire 55. — de l'appareil digestif 40. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 2. — Epuisement 1. — Causes non définies 1. — Morts violentes 33. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1174 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 44 4 NOVEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 2 novembre 1882.

LA CONTAGION DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

Suite. — Voir le numéro 43.

S'il y a des corpuscules tuberculeux virulents, transportables, susceptibles de continuer à vivre hors du milieu primitif, de se multiplier dans les milieux extérieurs et chez l'homme ou les animaux, il semble que les questions pratiques se représentent ici les mêmes que pour toute autre maladie infectieuse. D'où viennent les éléments pathogènes? Dans quels milieux se conservent-ils? Quels peuvent en être les véhicules? Quelles sont leurs chances de pénétration, de fixation et d'envahissement chez l'homme? — Voilà autant de recherches qui appartiennent essentiellement à l'hygiène, aidée de quelqu'une des sciences dont elle ne saurait se passer, la physiologie, l'anatomie pathologique, etc.

Il est inutile, je pense, de se demander si l'agent tuberculigène procède actuellement quelquefois de milieux qui ne soient ni l'homme ni les animaux supérieurs. Même sans affirmer sa nature parasitaire, nous pouvons admettre qu'il ne dérive aujourd'hui que de malades antérieurs, humains ou autres. Il existe, sans conteste possible, dans les tissus fixes, en des points variables, et peut-être dans le sang, ce qui ne peut avoir d'importance vis-à-vis de la transmission d'homme à homme, mais en a une énorme quand il s'agit de la propagation de la tuberculose des animaux à notre espèce, qui se nourrit de leur chair et de leur lait. — Il se rencontre à coup sûr dans les produits expulsés à l'extérieur par les malades et qui proviennent de fonte ou d'ulcérations tuberculeuses; les crachats des phthisiques sont regardés à bon droit comme très dangereux à cet égard; il est probable que les selles diarrhéiques des tuberculeux, au moment où ils ont des granulations et des ulcérations intestinales, renferment aussi l'agent spécifique. — Celui-ci peut bien passer dans divers produits de sécrétion ou d'excrétion, dans l'urine par exemple, puisqu'il y a des tubercules dans les glandes, le rein en particulier. L'excrétion dans laquelle sa présence paraît la plus douteuse est la sueur, malgré les dénonciations dont elle est habituellement l'objet, *à priori*.

Les crachats des phthisiques, même pour l'observation la moins délicate, contiennent de la matière tuberculeuse. Baumgarten y démontre la présence des bacilles spécifiques. Villemin et d'autres expérimentateurs les ont inoculés avec succès, soit frais, soit desséchés. M. Rob. Koch trouve son bacillus plus abondant dans les produits tuberculeux actifs et récents, dans la granulation naissante par exemple. Mais ne resterait-il que des spores de ce microbe dans les nodules anciens qui se ramollissent, sont mis à nu par l'ulcération et expulsés par les crachats, ce serait suffisant à expliquer l'activité contagieuse de ceux-ci.

Les crachats peuvent passer pour le produit pathologique essentiel de la phthisie tuberculeuse et le plus important vis-à-vis de la propagation de la maladie, comme les déjections intestinales dans la fièvre typhoïde, comme la desquamation épidermique dans les fièvres éruptives. Ce fait, analysé, expliquerait peut-être beaucoup de résultats d'observation.

Les corpuscules contages, enveloppés d'une gangue humide et visqueuse, n'ont aucune chance de s'en échapper et d'être véhiculés par l'air tant que cet état d'humidité persiste. Il faut que la masse enveloppante se soit desséchée sur le sol ou toute autre surface, qu'elle se fendille et devienne apte à se pulvériser sous un faible choc ou une légère trépidation de la surface qui l'a reçue. Les squames de la variole sont tout de suite et toujours prêtes à donner la contagion; elles se détachent en nombre infini du corps du malade à chaque mouvement de celui-ci, à chaque secousse imprimée à sa literie ou à ses effets; sèches, elles sont emportées par le moindre courant aérien. Aussi, quelle prodigieuse intensité de contagion! Les selles de typhoïsants, au contraire, ne peuvent d'abord rien mettre dans l'atmosphère que des odeurs et des gaz inoffensifs. Pour que l'agent typhogène s'en dégage, il faut que ces matières se dessèchent sur le linge des malades, sur leur corps (ce qui arrive vite si l'on ne maintient une propreté rigoureuse), dans les récipients provisoires ou durables des déjections, sur les planchers où il en tombe par mégarde des éclaboussures, sur le sol et tout dépôt d'immondices à ciel ouvert, dans les cas si fréquents partout, où l'entourage des malades croit pouvoir se débarrasser de leurs excrétions en les dispersant aux abords des demeures humaines. Il faut ensuite que quelque ébranlement des surfaces soulève en poussière cette croûte dangereuse, que des mouvements atmosphériques transportent cette poussière dans le sens favorable. Aussi la fièvre typhoïde se montre-t-elle rarement contagieuse d'une façon immédiate; les typhoïsants n'ont pas l'air d'être dangereux par eux-mêmes, et, dans les hôpitaux où on les traite, les « cas intérieurs » sont rares et ne se présentent guère qu'à la fin des épidémies. La typhoïde est cependant contagieuse.

La phthisie, de même. Mais les produits pathologiques, les crachats (et, sans doute aussi, les selles diarrhéiques), qui recèlent l'agent tuberculigène, ne sont point dans un état physique favorable à la propagation immédiate ou même simple-

ment rapide. Ils doivent, comme ceux de la fièvre typhoïde, attendre la dessiccation et la pulvérulence, au moins en tant qu'ils peuvent pénétrer par les voies aériennes chez les individus sains. Ils pourraient, à la rigueur, s'en passer, on le comprend, dans des rapports très intimes, comme ceux de mari à femme; mais non dans les circonstances où il n'existe, entre les malades et les individus sains, que la communauté d'atmosphère, comme pour les infirmiers dans les hôpitaux, comme pour les soldats et les ouvriers sains vis-à-vis de leurs camarades de caserne ou d'atelier, envahis par la tuberculose.

Les crachats dans le crachoir, masse liquide et visqueuse, ne sont guère dangereux, s'ils le sont. Sans cela, les infirmiers et les médecins n'y résisteraient pas. Pour nettoyer un crachoir, il faut le plonger dans un baquet d'eau; le contenu n'en devient que plus inoffensif pour l'atmosphère. Mais les crachats projetés sur les mouchoirs sont menaçants, parce qu'il arrive d'ordinaire qu'on accumule le linge sale au lieu de le mettre à l'eau sans retard; les produits d'expectoration se dessèchent sur le tissu et, un peu plus tard, quand on reprendra ces mouchoirs pour les envoyer à la lessive, on provoquera certainement de la poussière. Dans les hôpitaux, les tuberculeux ne crachent pas sur le plancher des salles, à moins que par mégarde; dans les habitations privées des classes aisées, ils ne crachent pas sur le parquet des appartements. Mais ils respectent moins les corridors, les paliers, le fumoir et quelques autres locaux. Dans les maisons pauvres, à la caserne, à l'atelier, on se gêne infiniment moins et, par malheur, c'est là aussi que des crachats tombés sur le carreau, le plancher ou les murs, ont le plus de chances de rencontrer des inégalités de surface, des fentes, qui les retiennent, et de ne pas en être enlevés à bref délai.

Je ne jurerais pas que les crachats des phthisiques, assez souvent déposés sur le trottoir de nos rues, soient complètement négligeables, quoique la dissémination des poussières dans l'atmosphère libre les rende moins offensives.

Il est aisément admissible que de pareilles poussières soient plus dangereuses dans les atmosphères limitées, où toutes les souillures se concentrent, et moins dans les locaux dont la ventilation est généreuse et continue. Tout groupe, qui sera plus souvent au dehors que dans l'habitation, courra moins de risques que les groupes sédentaires. Les soldats n'ont presque pas de phthisie en expédition, quoique l'existence y soit plus dure que dans les garnisons. En revanche, quand on voit, dans une famille pauvre, les enfants devenir successivement tuberculeux après le père ou la mère, ou après l'un et l'autre, à tel point que la famille s'éteint bientôt tout entière, ne met-on pas souvent au compte de l'hérédité ce qui est purement de la contagion et la conséquence de l'usage commun d'une atmosphère imprégnée de poussières tuberculigènes?

Il n'est pas facile, sur ce terrain, de saisir exactement la relation de cause à effet; aussi les observations de transmission tuberculeuse restent-elles toujours un peu indécises. Mais j'ai été maintes fois frappé de voir, dans certaine communauté de religieuses hospitalières, parmi les commis de certains bureaux militaires, dans quelque autre groupe restreint d'employés vivant en commun, les cas de phthisie se succéder d'année en année, quelquefois même à de courts intervalles, et pendant toute une série d'années, de telle façon que le nombre des atteintes était hors de proportion avec l'effectif du groupe. Les sœurs sont femmes néanmoins et ne tombent guère dans l'habitude indélicate de cracher par terre tout autour d'elles; mais elles lavent elles-mêmes leur linge, de par la règle; ce linge est collectionné, sali, pendant un certain temps, avant le jour de la lessive; il est l'objet, à l'état sec, de manipulations qui pénètrent de poussières organiques telle ou telle pièce de la communauté. Quant aux commis et employés subalternes auxquels je fais allusion plus haut, la pièce qu'ils occupent ressemble toujours beaucoup à un corps de garde mal tenu: on y crache sans scrupule, on y fait beaucoup de feu; au matin, le sol est tourmenté de coups de balais qui font surtout voler la poussière, et l'on ouvre peu les fenêtres.

Ainsi, en appliquant à ce que l'on sait être la gangue ordinaire des corpuscules tuberculigènes hors des malades, les données de recherches récentes sur les conditions qui gênent ou qui favorisent la dissémination des microorganismes dans l'air, on conçoit que le contage tuberculeux menace certains groupes plus que d'autres, qu'il prospère davantage dans la malpropreté, que ses chances d'action soient très variables et même aléatoires et surtout qu'il ne révèle pas immédiatement sa présence autour des malades, à la façon du contage varioleux. La tuberculose est vraiment une épidémie, une épidémie effroyable, par le nombre des cas; on ne l'appelle cependant pas de ce nom, parce que ces cas sont répartis sur le temps avec une singulière régularité, sans apparence d'oscillations dans l'intensité épidémique. Peut-être qu'avec la notion des allures cliniques de la maladie, la connaissance des chances que la forme des produits pathologiques crée au contage suffirait à rendre compte de cette égalité dans la répartition des coups du fléau. Ce n'est pas absolument la présence et le voisinage d'un malade qui constituent le danger de contagion et multiplient les cas autour de lui; c'est la façon dont les produits pathologiques sont traités. Le phthisique distribue la semence, mais ce sont les autres qui la préparent en quelque sorte, par négligence, et lui permettent, à leur grand préjudice, de prendre un état physique favorable à la dissémination. En conséquence, l'acte de la contagion est rarement immédiat, et la réalisation des circonstances dans lesquelles il pourra s'accomplir est reportée à une date si indéterminée, si variable, que toute filiation se dissimule et que l'on n'aperçoit plus aucun lien entre les cas successifs.

Ajoutons que, dans les conditions sociales actuelles, la graine tuberculeuse doit être un peu partout. C'est encore une circonstance qui, en assurant la perpétration de cette épidémie continue, tend à en faire disparaître toute inégalité d'allures.

(A suivre.)

Suite de la discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde a l'Académie de médecine et a la Société médicale des hôpitaux.

La discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde a continué à l'Académie de médecine, et M. Proust, portant, comme il l'avait annoncé, la question sur le terrain administratif, a conclu en demandant une réorganisation de nos institutions sanitaires et la création d'une direction autonome de la santé publique. Cette question, agitée dans la presse scientifique, au sein des Congrès et des Sociétés d'hygiène, étudiée avec soin dans différentes publications, entre autres dans le travail de M. A. Martin, que M. Proust a cité, cette question, disons-nous, ne peut manquer d'être portée dans un avenir prochain à la tribune du Parlement. L'appui de l'Académie, réclamé

par M. Proust, contribuera peut-être à hâter ce moment. Il est bon, en tout cas, que l'opinion publique en soit constamment saisie : c'est en maintenant ainsi un courant d'agitation autour d'une idée qu'on finit par l'imposer à l'attention de tous et à appeler sur les réformes qu'elle vise ou qu'elle embrasse les délibérations des législateurs.

— La Société médicale des hôpitaux a continué aussi la discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde, mais en comité secret. Les représentants de la presse médicale ont été péniblement impressionnés par cette mesure. S'il est des questions qui demandent à être discutées au grand jour, ce sont certainement celles qui concernent la santé publique. Quand on s'inspire uniquement de l'intérêt général, on ne doit pas craindre de signaler les fautes commises contre les lois de l'hygiène, les conséquences qu'elles ont eues, et de montrer ainsi la nécessité de les réparer pour le présent, de les éviter dans l'avenir. La Société médicale des hôpitaux, en abordant publiquement toutes les questions que soulève la situation créée par l'épidémie actuelle, remplissait un devoir et trouvait une excellente occasion d'affirmer son initiative, son indépendance, sa double autorité scientifique et morale. En se privant, dans cette circonstance, du concours de la presse, concours qui, au besoin, aurait su être discret, elle s'est exposée en outre, s'il lui était tenu rancune, à perdre un des principaux éléments de la vitalité de toute société savante.

Dr F. DE R.

DERMATOLOGIE

DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE EXSUDATIF (OU MALADIE D'HEBRA), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite. — Voir les numéros 41, et 42.

IV. — CARACTÈRES PATHOGNOMONIQUES ET DIFFÉRENTIELS DE DIVERSES AFFECTIONS ÉRYTHÉMATEUSES OU BULLEUSES.

Abordons maintenant le chapitre le plus important et à la fois le plus délicat de cette étude.

Il s'agit en effet tout d'abord de justifier la création d'une nouvelle maladie en montrant comment cette maladie se distingue des affections avec lesquelles on a pu et on peut encore la confondre et dont il est nécessaire de la différencier, parce qu'elle s'en rapproche le plus. En second lieu, il est indispensable de tracer les limites de cette récente entité morbide, d'autant mieux que l'érythème polymorphe a été constitué par le groupement en un seul faisceau d'un certain nombre de lésions décrites jusqu'ici comme des dermatoses distinctes.

Nous ne saurions trop le répéter, c'est plutôt dans l'évolution de lésions primitivement semblables que dans les caractères même de ces lésions, caractères d'ailleurs éminemment variables, que nous devrons chercher les éléments d'un diagnostic.

Le trait essentiel de la nouvelle maladie consiste en l'assemblage possible en un même moment et sur un même sujet de lésions élémentaires en apparence très diverses. C'est pourquoi nous pensons que le nom d'érythème polymorphe exsudatif qui a été créé par Hébra ne saurait être conservé. Cette appellation a le tort d'emprunter à la terminologie généralement adoptée en dermatologie un mot ayant une signification déterminée. La logique ne saurait admettre que la dénomination d'érythème puisse convenir à une affection qui, dans une grande partie de son cours, présente des lésions élémentaires bien différentes de l'érythème ; et quoique de simples taches érythémateuses marquent toujours le début de la nouvelle individualité pathologique, nous repoussons l'appellation proposée par Hébra.

Des taches érythémateuses sont un caractère par trop banal, par trop commun. Il en existe au début de presque toutes les affections cutanées et spécialement des fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, variole, varicelle, etc. Et l'on serait aussi mal venu à conserver le nom d'*érythème polymorphe* que de proposer pour la variole le nom d'*érythème pustuleux* ou pour l'eczéma le nom d'*érythème vésiculeux*, etc.

C'est pourquoi autant pour attester le mérite d'Hébra, que pour perpétuer le souvenir d'un homme qui représente tant de progrès en dermatologie, mais avant tout afin de faire disparaître les équivoques dans la création de la maladie nouvelle, me permettrai-je de proposer la substitution au nom d'érythème polymorphe du nom de *Maladie d'Hébra*. Il y a là autre chose qu'une œuvre de justice, il y a une œuvre d'utilité scientifique. C'est plus qu'il n'en faut pour que les dermatologistes les plus autorisés et de tous les pays accueillent et sanctionnent cette proposition, bien qu'émanée d'un simple et modeste praticien.

Pour établir le diagnostic de la maladie d'Hébra, nous commencerons par dire un mot des affections cutanées qui doivent perdre leur individualité et être absorbées par la création nouvelle : érythème simple, rosé, papuleux, annulaire, marginé, figuré, gyroïde, circiné, iris.

Nous tenterons ensuite un diagnostic avec des maladies voisines, dont quelques formes peuvent être confondues avec la maladie d'Hébra, *pemphigus*, *hydroa*, certains *herpès*, peut-être même l'érythème *pernio*, et peut-être aussi l'*asphyxie locale des extrémités*.

Enfin, nous terminerons en séparant de la maladie d'Hébra d'abord l'*érythème noueux et la péliose rhumatismale*, puis l'*urticaire*, qui doivent, me semble-t-il, conserver une existence indépendante.

1o *Des diverses formes d'érythème.*

L'érythème n'est qu'une hypérémie de la peau. C'est donc la lésion la plus élémentaire de la pathologie cutanée et aussi la plus fréquente. Réduite à sa plus simple expression, *érythème pudique*, *érythème par pression de la peau*, *érythème solaire*, etc., cette hypérémie est essentiellement fugace et passagère. Mais il est bon d'ajouter que, dans d'autres cas, la simple congestion de la peau n'est passagère que parce qu'elle fait place à une lésion plus profonde et plus durable, dont elle ne constitue alors que le stade initial.

Il n'est pas en effet de maladie inflammatoire du tissu dermique qui ne débute par de l'érythème, aussi bien les maladies généralisées, variole, scarlatine, rougeole, varicelle, urticaire, que les maladies à siège habituellement circonscrit : érysipèle, eczéma, herpès, impétigo, etc.

Le phénomène caractéristique de l'érythème, la congestion de la peau, est donc un phénomène trop fréquent, trop général ou trop mobile pour pouvoir caractériser une maladie. Cependant on ne devra pas moins l'étudier dans un traité de dermatologie, mais dans une section à part, dans les généralités, dans la séméiotique ou dans la pathologie générale des affections

cutanées. C'est là que devront se trouver décrites les variétés d'érythème qui sont consécutives à des traumatismes, à des irritations locales; celles qui surviennent comme complications de certains états morbides, et aussi celles qui apparaissent à la suite de l'ingestion de certaines substances toxiques ou médicamenteuses (érythème *intertrigo*, érythème *paratrimme*, érythème *lisse*, érythème *copahique*, etc., etc.).

Arrêtons-nous un peu sur certains érythèmes que l'on pourrait appeler spontanés ou de cause interne, et jetons spécialement un coup d'œil sur les principales de ces variétés d'érythème, sur celles qui, surtout depuis un siecle, ont été décrites comme des individualités morbides distinctes.

L'érythème papuleux est caractérisé par des taches rouges ou roses, légèrement saillantes, d'un diamètre atteignant à peine quelques centimètres. Ces plaques présentent parfois un certain degré d'induration, et alors quelques auteurs les désignent sous le nom d'*érythème tuberculeux*.

L'érythème vésiculeux consiste en de petites plaques d'érythème papuleux qui se sont surmontées d'une vésicule ou même de plusieurs vésicules ces vésicules peuvent même confluer assez pour former une bulle (*érythème bulleux*).

L'érythème iris (de Rayer) ne serait pas autre chose qu'une large plaque d'érythème papuleux dont le centre aurait été le siége d'une petite bulle. Cette bulle s'étant affaissée en même temps qu'une série de vésicules se développe vers la périphérie de la papule primitive, ces vésicules reposeront sur un fond rouge, indice de l'inflammation cutanée; puis qu'autour de ce nouveau fond rouge une nouvelle rangée circulaire de vésicules se développe, on aura en définitive une série de cercles concentriques de couleurs variées, dont chacune correspond à une période différente de la formation de cette plaque que l'on appelle parfois *herpès iris*.

L'érythème annulaire, ou *érythème circiné*, résulte d'une large tache d'érythème dont le centre a commencé à pâlir; les rebords finissent par garder seuls la couleur rouge. Que plusieurs de ces plaques érythémateuses du début se trouvent rapprochées, s'entrecroisent et empiètent les unes sur les autres, on aura alors *l'érythème figuré* ou *l'érythème gyroïde*, à contours plus ou moins découpés et dentelés.

Toutes ces variétés d'érythème que nous venons de caractériser, l'érythème papuleux, l'érythème tuberculeux, l'érythème vésiculeux, l'érythème bulleux, l'érythème iris, l'érythème annulaire ou gyroïde(1), marquent des étapes dans l'étude des maladies de la peau. Elles indiquent des progrès dans l'analyse des lésions et des symptômes de la pathologie cutanée. Mais aujourd'hui, si le souvenir de ces variétés mérite d'être conservé, c'est dans le chapitre de la séméiologie générale des affections cutanées. Et l'on ne saurait plus décrire comme des maladies distinctes des lésions qui ne sont que des modalités différentes ou des périodes diverses d'une même lésion.

La plupart de ces manifestations si variées doivent désormais disparaître dans une même description, dans une même maladie, dans l'érythème polymorphe. Ce sont ces modifications d'un même phénomène initial, de l'érythème, qui constituent la maladie d'Hébra.

(1) Nous pourrions nommer encore l'érythème moculeux, l'érythème purpurique, etc., sans compter l'érythème *auréolaire*, dont M. Guibout a enrichi la pathologie cutanée. « C'est l'auréole congestive érythémateuse qui entoure presque toutes les lésions, presque toutes les affections cutanées ». (*Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau*, p. 492).

Et en effet, même lorsqu'il n'existe à un moment donné que l'une de ces formes d'érythème soit papuleux, soit vésiculeux, soit iris, soit figuré, on peut, en se renseignant, constater qu'il y a eu des manifestations différentes les jours précédents, ou du moins s'assurer, en surveillant le malade, que d'autres manifestations surviendront.

A l'appui de ce que j'avance, je vais citer quelques faits. Et d'abord un cas où l'on aurait pu diagnostiquer un érythème simplement papuleux en se contentant de l'examen des jambes. Mais sur les mains on trouvait des bulles.

OBSERVATION III.

Erythème papuleux aux jambes. — Erythème bulleux aux mains.

La femme de E... M., âgée de 26 ans, demeurant près de Commentry, a eu trois enfants. Elle vient à ma consultation le 21 novembre 1881 et me montre de nombreuses papules aux jambes et sur le dos du pied. Cette éruption aurait débuté depuis une quinzaine de jours par de simples rougeurs, sans fièvre et sans démangeaison. Sur la face dorsale de la 2e phalange de l'auriculaire gauche, il existe une grosse bulle ainsi que sur la 3e phalange du médius. La face dorsale de la main droite n'est le siége que d'une seule bulle au niveau du métacarpe.

Le 3 décembre, la femme E... M. amenait à ma consultation un de ses enfants malade; et je constatais qu'il ne lui restait plus aucune trace de son éruption; voyait-on à peine encore quelques légères rougeurs sur les mains.

Dans l'observation suivante, on constatait plutôt la variété vésiculeuse de l'érythème. Mais la présence de simples papules, et plus tard l'apparition d'une bulle, montrent que c'est bien de la maladie d'Hébra qu'il s'agissait ici.

OBSERVATION IV.

Erythème papuleux. Plaques d'érythème vésiculeux. — Embarras gastrique.

L... G..., piqueur, âgé de 29 ans, domicilié à Commentry, a eu la fièvre typhoïde en octobre-novembre 1881; il a repris son travail en décembre. Il vient à ma consultation le 21 mars 1882, se plaignant de manquer d'appétit; il a la langue blanche; et de plus, il me montre de nombreuses plaques érythémateuses principalement sur les bras et les jambes. A la face dorsale des mains, elles sont pour la plupart ulcérées. Il en existe aussi qui sont ulcérées par le grattage sur les avant-bras. Quelques-unes de ces plaques sont encore recouvertes de vésicules. A l'avant-bras droit, on trouve de ces vésicules sur les deux faces ainsi qu'à la face antérieure des deux poignets.

Je prescris une limonade purgative à 60 gr. de citrate de magnésie, et l'application fréquemment renouvelée de poudre d'amidon sur le siége de l'éruption.

Le 30 mars, je constatais sur la main droite, vers la tabatière anatomique, la présence d'une bulle à contenu trouble.

Voici maintenant une observation qui aurait été il y a quelques années citée comme un cas d'herpès iris, et que je crois devoir rapporter à la maladie d'Hébra en raison de la coexistence d'autres lésions érythémateuses.

OBSERVATION V.

Erythème polymorphe avec une plaque d'herpès iris.

G. P..., décageur, âgé de 19 ans, demeurant dans la commune de Durdat, vient le 17 février 1882 à ma consultation. Il présente au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche, sur la face dorsale, une belle plaque d'herpès iris dont le début remonterait à la fin de janvier. Je rattache cette lésion à l'érythème multiforme, parce qu'on aperçoit des papules sur la main droite et sur les deux avant-bras. Quelques-unes de ces papules sont ulcérées.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

ULCÉRATIONS DE L'ESTOMAC A LA SUITE D'INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CANTHARIDINE, par AUFRECHT (1). — SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ULCÈRE ROND DE L'ESTOMAC, par QUINCKE (2). — UN CAS D'HYPERSÉCRÉTION DU SUC GASTRIQUE, par REICHMANN (3).

Aufrecht, dans le cours d'expériences dont le but était de développer chez des lapins une néphrite expérimentale au moyen de la cantharidine injectée sous la peau, constata tout à fait incidemment, les lésions suivantes du côté de l'estomac : La muqueuse stomacale semblait au premier aspect parsemée d'hémorrhagies circonscrites ; en réalité, c'étaient des caillots recouvrant des pertes de substance à rebord saillant, de véritables petits ulcères ronds. Un lapin auquel on avait fait, pendant dix jours consécutifs, une injection de 2,5 millig. de cantharidine, présentait quinze petites ulcérations du diamètre d'une lentille, à contour saillant, et comblées par un petit caillot de sang ; il existait en outre six ulcérations arrondies plus vastes, d'un aspect grisâtre, à la surface desquelles il ne restait plus de traces d'une hémorrhagie.

Des résultats fournis par l'examen microscopique de la muqueuse de l'estomac, chez les lapins intoxiqués par la cantharidine, Aufrecht conclut que l'effet primitif est une inflammation circonscrite et suraiguë des glandes de l'estomac, à laquelle viennent s'ajouter ensuite une hyperémie capillaire et des hémorrhagies, ce qui l'amène à se demander si l'ulcère rond de l'estomac chez l'homme n'aurait pas aussi pour point de départ possible une gastradénite circonscrite, entraînant consécutivement des lésions hémorrhagiques et l'abrasion de la muqueuse.

— La partie originale du travail de M. Quincke est relative à des expériences que son élève Daettvyler a poursuivies pour élucider la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. Ces expériences démontrent que des chiens, munis d'une fistule gastrique permettant d'observer à l'aise la surface interne de l'estomac, supportent très bien des irritations mécaniques, thermiques et chimiques exercées sur la muqueuse stomacale. En pinçant un pli de cette muqueuse dans une ligature, en la touchant avec un caustique (nitrate d'argent, perchlorure de fer) avec un fer rouge, avec un fer à bout arrondi et trempé préalablement dans de l'eau bouillante, on réussit bien à développer, au lieu d'application, une perte de substance circonscrite. Mais cette perte de substance, est très prompte à se réparer, laissant à sa place une cicatrice rétractée ; même quand les ulcérations étaient très profondes, cette réparation était achevée au bout de 16 à 20 jours chez les chiens en bon état. Lorsqu'au contraire ceux-ci avaient été rendus anémiques par des saignées antérieures, la cicatrisation des pertes de substance développées à l'aide des mêmes moyens était beaucoup plus longue à se faire, et l'effet d'une même cause d'irritation beaucoup plus accentué. Chez l'homme aussi, la muqueuse de l'estomac peut être le siège d'une ulcération traumatique à évolution rapide et aboutissant à la guérison dans un court espace de temps, alors que des ulcères de l'estomac à marche chronique sont chose fréquente chez les sujets anémiques, chlorotiques, dont la nutrition générale est en mauvais état.

— Un jeune paysan de 27 ans entre à l'hôpital de Varsovie pour des crampes d'estomac extrêmement violentes, qui surviennent la nuit et dans la matinée, et s'accompagnent de pyrosis, d'une exagération de la soif et de l'appétit. Le patient souffre de l'estomac depuis six ans, et sa maladie, qu'il attribue à la mauvaise habitude qu'il avait de boire de grandes quantités d'eau de source, commença par des douleurs à l'épigastre et par des vomissements alimentaires. Au bout de la seconde année, plus de vomissements spontanés, et lorsque les crampes d'estomac affectaient une violence extrême, le malade y trouvait un soulagement en sollicitant le vomissement par l'introduction du doigt dans l'arrière-gorge.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade était très amaigri, très anémique. Le matin à jeun, en pratiquant le pompage stomacal, on recueillit environ un litre d'un liquide verdâtre, d'une odeur acide, et qui abandonné au repos se sépara en deux couches : une inférieure, constituée par des résidus alimentaires indigérés ; une supérieure, tenant en suspension des peptones, de l'amidon, des particules de graisse. Le liquide, coloré par la bile, renfermait environ 2 à 3 p. 1000 d'acide, et l'emploi des réactifs (tropéoline, violet de méthyle), donna lieu de croire à la présence de l'acide chlorhydrique. On fit alors l'expérience suivante : le soir, avant le coucher, on pratiqua sur le malade le lavage de l'estomac, en ayant soin de vider cet organe de son contenu. Le malade s'abstint de toute nourriture jusqu'au lendemain matin. A ce moment on retira de l'estomac, par le pompage, une certaine quantité d'un liquide clair, plus ou moins verdâtre, ne donnant lieu à aucun dépôt et acidifié par l'acide chlorhydrique. Cette expérience fut répétée quatre fois. On retira chaque fois de 180 à 300 cc. de liquide renfermant de 1,5 à 3,2 d'acide chlorhydrique par 1,000.

D'autre part, le contenu de l'estomac recueilli quelques heures après un repas copieux (côtelette, lait, gruau, pain), renfermait une forte proportion de peptone, et très peu de détritus alimentaires indigérés.

Enfin, après avoir vidé l'estomac du malade, on lui injecta dans cet organe la valeur de quatre seringues d'eau tiède. Une pareille quantité de liquide, soutirée une heure plus tard hors de l'estomac du patient, renfermait environ 0,4 p. 1000 d'acide chlorhydrique.

L'existence d'une hypersécrétion de suc gastrique n'était donc pas douteuse chez ce malade. Les douleurs que celui-ci ressentait devaient être la conséquence de l'irritation de l'estomac par le suc gastrique très acide qui s'y accumulait sans cesse. De là des contractions désordonnées et très douloureuses de cet organe, qui se propageaient au duodénum et occasionnaient le reflux de la bile dans l'estomac, sans aboutir à chasser le chyme dans l'intestin.

Le traitement consista dans l'emploi quotidien du lavage de l'estomac, à jeun, dans une alimentation presque exclusivement azotée, et dans la prohibition presque complète des boissons. Pour calmer la soif du malade, on lui administrait trois fois par jour un lavement d'eau tiède, et un lavement d'eau froide le matin, pour solliciter les selles. Au bout de six semaines de ce traitement, le malade était en voie de guérison.

E. RICKLIN.

(1) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WISSENSCHR., 1882, n° 31.
(2) DEUT. MED. WOCHENSCHR., 1882, n° 6.
(3) BERLINER KLIN. WOCHENSCHR., 1882, n° 40.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

SÉANCES GÉNÉRALES

TRAVAUX DES SECTIONS

1re section (Présidence de M. le professeur Révillion).

Suite et fin. — Voir les numéros 38, 39, 40 41, et 42.

M. le docteur Hœgler (de Bâle) communique un travail sur le *Repos hebdomadaire au point de vue de l'hygiène.* Il voudrait que le jour du repos soit autant que possible le même pour tous.

M. le docteur Napias, tout en étant d'accord avec le rapporteur sur la nécessité d'un repos périodique, fait observer que les exigences de la société, telle qu'elle est constituée, s'opposent absolument à ce que tout le monde se repose en même temps.

M. le professeur Corradi croit qu'il y a beaucoup d'ouvriers, de femmes surtout, qui ne gagnent pas assez en six jours pour se reposer le septième.

— M. le professeur Layet (de Bordeaux) fait une communication importante intitulée *la Fièvre jaune devant l'hygiène internationale*, communication qui peut se résumer dans les conclusions suivantes :

La fièvre jaune, sans menacer immédiatement l'Europe, tend, comme tout fléau épidémique international, à accroître son domaine grâce à la multiplicité toujours plus grande des voies de communication internationales.

De même que le choléra a envahi l'Europe par l'Orient en procédant par étapes et par la création successive de foyers endémiques asiatiques, de même la fièvre jaune nous vient de l'Occident en préludant à l'invasion de l'Europe par la création successive de foyers endémiques américains et par une extension toujours croissante de ses limites d'importation.

Les conditions de climat, de situation géographique et de race qui paraissaient être, au début, essentielles aux manifestations de la fièvre jaune, ont cessé d'être des facteurs inéluctables dans son évolution progressive. Ainsi les latitudes élevées, l'intérieur des continents, les races colorées n'ont pas, vis-à-vis de la fièvre jaune, l'immunité qu'on leur avait primitivement attribué.

En Amérique, la fièvre jaune suit dans ses progrès les principales voies de communication maritimes et fluviales. Comme le choléra, on l'a vue s'attacher aux mouvements humains, s'avancer avec les transports militaires ou commerciaux.

La fièvre jaune a déjà fait diverses apparitions en Europe. Elle a sévi dans les contrées méridionales de ce continent ; à plusieurs reprises, elle est venue s'échouer, pour ainsi dire, dans les lazarets de ports de commerce ou de guerre situés sur toute l'étendue de notre littoral atlantique.

Rien ne peut autoriser à affirmer que la fièvre jaune ne saurait envahir l'Europe un jour.

Les mesures de *préservation anticipée* amènent toujours des résultats plus efficaces, et présentent toujours un caractère moins vexatoire que les mesures de *préservation tardive.*

C'est pourquoi un Congrès international d'hygiénistes européens a le devoir de s'occuper d'une question aussi importante que celle de l'extension de la fièvre jaune et de *juger si le moment n'est pas venu pour l'Europe de s'entendre avec l'Amérique, afin d'étudier et d'établir un service sanitaire international visant spécialement les progrès de ce fléau épidémique.*

M. le docteur Formento, de la Nouvelle-Orléans, membre délégué du *Board of Health* de la Louisiane, expose l'état de la question de la fièvre jaune dans son pays.

M. le docteur Jules Rochard, inspecteur général et président du Conseil supérieur de santé de la marine française, rapporte les faits qu'il lui a été donné d'observer dans les colonies françaises. M. Rochard, comme M. Layet, conclut à la nécessité de mesures préventives édictées à l'avance, bien que la fièvre jaune soit peu menaçante pour nous.

M. le baron de Thérésopolis défend le Brésil d'être un foyer primitif de fièvre jaune. Il n'y a pas trente ans qu'elle y est arrivée et elle y est toujours restée localisée sur les côtes et seulement dans la partie septentrionale du Brésil. Aussi M. de Thérésopolis applaudit-il de toutes ses forces au système des quarantaines, qui, en protégeant l'Europe, commencera par protéger le Brésil.

M. le docteur Vincente Cabello, membre du Conseil supérieur de santé de la marine espagnole, constate que la fièvre jaune a fait souvent de terribles ravages sur les marins et dans les colonies de son pays. Il expose les mesures de prophylaxie récemment prises contre cette funeste maladie.

M. le professeur J.-L. da Silva Amado, de Lisbonne, énumère ensuite les précautions prises récemment en Portugal pour protéger ce pays contre l'invasion de la fièvre jaune.

— M. le professeur Félix, de Bucharest, présente à la section un travail imprimé des plus intéressants sur la *Prophylaxie de la pellagre.* Pour M. Félix, l'étiologie de la pellagre n'est pas encore assez claire. Ce qui est bien constaté, c'est le rapport entre cette maladie et une alimentation prédominante avec le maïs.

Le maïs non altéré, même lorsqu'il est consommé comme aliment exclusif sous forme de cruchade, bouillie, polenta ou mamaliga, ne produit pas la pellagre.

La cause déterminante de la pellagre endémique est probablement une intoxication par le maïs avarié, consommé sous forme de bouillie. Mais le principe toxique n'est pas encore suffisamment connu. La misère physiologique semble agir comme cause prédisposante.

La prophylaxie de la pellagre exige que l'on bannisse de la consommation les farines de maïs altérées, et que l'on améliore les autres conditions hygiéniques des populations rurales.

Aux gouvernements incombe le devoir de créer des lois qui auront pour but le relèvement physique et moral des paysans et de surveiller l'exécution de ces lois ; de venir matériellement au secours des propriétaires ruraux les plus pauvres par des institutions de crédit agricole, et de faciliter aux paysans sans propriété les moyens de devenir propriétaires. Il appartient aux administrations locales autonomes d'améliorer l'hygiène publique des communes rurales par des ordonnances et des règlements relatifs à la salubrité des habitations, et par la surveillance sanitaire des aliments et des boissons.

— M. le docteur J.-L. da Silva Amado, professeur à l'Université de Lisbonne, et directeur du bureau d'hygiène de cette ville, s'est occupé, dans une séance supplémentaire, de la création d'un système international de prophylaxie pour les grandes maladies contagieuses.

La base de tout système rationnel de prophylaxie internationale doit s'appuyer, selon M. da Silva Amado, sur la création d'un corps de médecins sanitaires internationaux, résidant dans les localités où il y a des endémies pestilentielles, et qui devront se porter là où une épidémie de même nature se développera.

Ces médecins auront pour mission : d'étudier ces maladies, de donner des avis uniformes à tous les gouvernements dont ils seront les fonctionnaires ; d'aider les consuls dans la visite sanitaire qui doit être faite sur les navires dans le port de départ, avant la délivrance de la patente de santé.

Les quarantaines, telles qu'elles sont établies maintenant, sont à peu près inutiles pour la santé publique et très préjudiciables aux intérêts commerciaux, car le temps que dure la quarantaine est trop long pour une désinfection bien dirigée, et trop court pour l'écoulement de la période d'incubation des maladies pestilentielles.

La prétendue désinfection chimique des bagages et des marchandises qu'on pratique dans les lazarets n'est en réalité qu'une aération plus ou moins insuffisante.

Toute quarantaine pour les personnes doit être limitée à vingt-quatre heures, temps suffisant pour examiner les voyageurs et les équipages, pour voir s'il y a parmi eux des malades suspects, et pour désinfecter les bagages à l'aide de la chaleur.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 octobre 1882. — Présidence de M. Jamin.

Toxicologie. — Sur l'empoisonnement chronique par l'antimoine. — Note de MM. Caillol de Poncy et Ch. Livon, présentée par M. Ch. Robin.

Dans le cours de nos recherches sur l'empoisonnement chronique par l'arsenic, dont nous avons déjà fait connaître les principaux résultats (*Comptes rendus*, 9 juin 1879 et 15 mai 1882), il nous a paru intéressant de comparer avec l'arsenic un corps qui offre avec lui bien des analogies, l'antimoine.

L'antimoine, administré à faibles doses, pendant longtemps, peut-il amener des troubles analogues à ceux que produit l'arsenic? Tel est le problème que nous nous sommes posé et que nous sommes en mesure de pouvoir résoudre par l'affirmative.

Choisissant un composé facile à administrer et dont les effets locaux soient insignifiants, nous avons soumis un jeune chat à l'usage quotidien d'une petite quantité d'oxyde blanc d'antimoine dans du lait. Du 26 avril 1882 au 13 août de la même année, ce chat, qui pesait au début 867 grammes, a absorbé, d'une façon régulière et progressive, 0 gr. 628 d'oxyde blanc.

L'état général n'a pas paru se ressentir beaucoup au début du régime suivi. L'animal n'a pas éprouvé cette période d'embonpoint par laquelle passent les animaux soumis au régime arsénical; il est tombé peu à peu dans un état cachectique prononcé; la diarrhée l'a pris et il a fini par succomber dans le marasme.

A l'autopsie, tous les tissus étaient pâles et décolorés; presque tous les organes, y compris les ganglions mésentériques, présentaient les caractères dits de la dégénérescence graisseuse.

L'examen histologique du poumon, du foie, des ganglions mésentériques a donné un résultat à peu près semblable à celui que l'on a lorsqu'on observe les organes des animaux empoisonnés chroniquement par l'arsenic.

Foie. — Sur une coupe de cet organe, traitée par l'acide osmique, on reconnaît que les cellules hépatiques qui composent le lobule ont subi une altération dans leur forme; elles sont globuleuses, certaines ont de la tendance à se fondre entre elles par la disparition de leur paroi, et presque toutes renferment des granulations graisseuses abondantes. Mais ces altérations ne paraissent pas être à un degré très avancé.

Poumon. — C'est dans cet organe que les altérations prédominent. Déjà à l'œil nu la plus grande partie du poumon paraissait n'être qu'une masse graisseuse compacte, et si l'on venait à projeter un morceau de ce poumon dans l'eau, il gagnait le fond, avec rapidité, comme un morceau de foie.

Les alvéoles et les lobules même se sont plus perméables; ils sont envahis par de grosses cellules dégénérées; il en est de même des vaisseaux : c'est ce que démontre l'examen histologique. Au moyen de l'acide osmique, il est facile de se convaincre que le lobule est transformé en une boule graisseuse.

Ganglions mésentériques. — Les altérations de ces organes se rapprochent beaucoup de celles produites par l'arsenic.

A la suite de l'intoxication chronique par l'antimoine, ces ganglions se présentent sous l'aspect de grosses masses caséeuses d'un blanc jaunâtre. L'examen histologique démontre, en effet, qu'ils ont subi la dégénérescence graisseuse, surtout à leur partie périphérique; la dégénérescence ne se borne pas là, elle atteint le ganglion tout entier.

Les cellules laissent apparaître dans leur contenu d'abondantes granulations graisseuses.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux qui ont été déjà signalés dans l'empoisonnement chronique par l'arsenic, on ne peut que constater une grande analogie dans le processus morbide déterminé par l'antimoine, lorsque ces deux substances sont administrées de façon à produire une intoxication lente (1).

Dans une prochaine note, nous donnerons les résultats fournis par l'analyse chimique.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1882. — Présidence de M. Gavarret

Présentations. — L'Académie reçoit comme travaux manuscrits :

1o Un mémoire de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre) intitulé : *Le choléra est-il contagieux ?*

2o Un travail de M. le docteur Rézard de Wouves sur l'emploi du *Sulfate de quinine comme traitement spécifique de la fièvre dite typhoïde.*

3o Une note de M. Husson, pharmacien à Toul, sur la présence du chromate de plomb dans les timbres-poste.

4o Un travail de M. le docteur Rozat (de Bordeaux) ayant pour titre : *Controverses touchant la nature explicite du choléra*, et présenté par M. le docteur Jules Guérin.

5o Une note de M. Tanret, pharmacien, sur des trochisques antiseptiques.

6o Un volumineux mémoire manuscrit, accompagné de cartes et planches de M. le docteur Lardier, sur l'endémie tellurique dans le canton de Rambervillers. Ce mémoire est présenté par M. le docteur Bergeron.

— Physiologie de la vision, par M. Giraud-Teulon. — *Considérations sur les doctrines des trois fibres fondamentales d'Young comme base d'une théorie des sensations colorées.*

Le travail de M. Giraud-Teulon est une critique de la théorie d'Young, qu'il écarte absolument sans cependant lui en substituer aucune autre. L'auteur termine sa communication par ces quelques lignes :

« Dans sa participation à l'œuvre commune du progrès scientifique, le rôle de chacun atteint différentes hauteurs. Il n'est point donné à tous d'ouvrir de nouvelles voies par d'éclatantes découvertes. Mais il y a des contributions moins élevées sans être pour cela dépourvues d'effets utiles, et l'élimination d'erreurs trop longtemps respectées n'est pas toujours la moins profitable pour le progrès, si elle n'est généralement pas avantageuse à son auteur. »

Suite de la discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde. — M. Proust, après avoir constaté la décroissance de l'épidémie, dit qu'il n'en faut pas moins penser à l'avenir et se mettre en me-

(1) Travail du laboratoire d'histologie de l'École de médecine de Marseille.

sure de lutter contre le retour offensif de la maladie. Or, ce qui fait surtout défaut chez nous, c'est une bonne organisation de nos institutions d'hygiène. Par exemple, dès le 11 août, M. Du Castel signalait à la Société médicale des hôpitaux le commencement de l'épidémie, et ce n'est que plus de deux mois après que l'administration prend des mesures pour accroître le nombre des lits. Déjà à cette époque il y avait un grand encombrement.

En rappelant ces faits, M. Proust n'a nullement l'intention de critiquer l'administration, dont malades et médecins n'ont eu qu'à se louer; il incrimine seulement notre organisation sanitaire. D'après la législation de 1789 et 1794, le maire d'une ville a un pouvoir discrétionnaire pour prescrire les mesures d'hygiène publique. A Paris, où il n'y a pas de mairie centrale, le préfet de police et le préfet de la Seine se partagent les attributions de la police sanitaire; mais, entre eux et la Société médicale des hôpitaux, il manque un intermédiaire qui saisisse l'administration des mesures à prendre dès les premiers cas d'une affection épidémique. Les Conseils et les Commissions d'hygiène ne sont consultés et les médecins des épidémies ne sont mis en mouvement que lorsque l'épidémie sévit déjà; or, en hygiène, le caractère de toute mesure doit être préventif. Cet intermédiaire, qui fait défaut à Paris, existe à Bruxelles et, en France, dans quelques villes, comme Le Havre, Reims, Nancy : c'est le bureau d'hygiène. M. Proust rappelle le fonctionnement du bureau d'hygiène de Bruxelles et montre ainsi comment, dès les premiers cas d'une maladie épidémique, l'administration est informée et prend des mesures immédiates. Grâce à cette institution, la mortalité par les maladies zymotiques, entre autres par la fièvre typhoïde, a diminué de moitié à Bruxelles depuis 1874. Dans une récente communication à la Société de médecine publique, M. Bronardel a montré, au contraire, que ces maladies présentent à Paris une mortalité croissante.

Le Conseil municipal de Paris est déjà entré dans la voie qu'indique M. Proust par la création du laboratoire municipal de chimie et du bureau de statistique démographique; il tiendra à honneur de compléter ce qu'il a si bien commencé en instituant un bureau d'hygiène. Il s'est produit depuis quelques années un courant d'opinion qui s'affirme dans les congrès, dans les journaux, dans les sociétés d'hygiène, et qui demande, à la tête des services publics ayant trait à l'hygiène, des hommes compétents. C'est parce que le directeur des services sanitaires joint la compétence scientifique à l'autorité administrative, qu'une barrière a été opposée, dans ces dernières années, à l'invasion du choléra en Europe. M. Proust conclut, à l'exemple de M. A. Martin dont il cite l'important travail sur *l'organisation de la médecine publique en France*, à l'institution d'une DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, compétente, autonome, étrangère aux fluctuations de la politique, ayant son budget propre, ne relevant que du parlement et du chef de l'Etat. Tant que cette réforme ne sera pas accomplie, l'hygiène préventive demeurera stérile. L'Académie de médecine, qui est chargée d'éclairer le gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, voudra bien appuyer les conclusions de ce travail.

M. LÉON COLIN apporte des documents à l'encontre de l'opinion suivant laquelle l'état sanitaire de la garnison de Paris aurait contribué au développement de l'épidémie. Ce n'est qu'à partir du mois d'octobre que la morbidité dans les casernes et la mortalité dans les hôpitaux militaires ont présenté un degré supérieur au taux habituel.

M. LÉON LE FORT signale, comme une des causes de l'épidémie, la disposition des branchements d'égouts exigés des propriétaires par l'administration et qui, sous l'influence de certaines conditions de chaleur et de sécheresse, permettraient aux émanations des égouts de remonter par les tuyaux d'évent, dans l'atmosphère des maisons et des rues.

M. LAGNEAU confirme les conclusions de M. Proust en montrant combien les efforts des médecins militaires, pour améliorer les conditions sanitaires des casernes, sont peu couronnés de succès, et comment les commissions d'hygiène sont condamnées à rester sans initiative et sans autorité.

M. JULES GUÉRIN exprime le désir de voir la discussion aborder le côté vraiment scientifique de la question, en particulier l'étude des formes de la maladie et des résultats de la thérapeutique.

— M. DE PIETRA-SANTA, dans une courte communication, complète les documents statistiques qu'il a présentés récemment à l'Académie des sciences sur la marche de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde. Il dépose sur le bureau une carte graphique qui est comme une photographie de l'épidémie pendant les quatre dernières semaines.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1882. — Présidence de M. LÉON LABBÉ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. TH. ANGER lit un rapport sur le travail de M. Humbert sur l'ulcération des artères en contact avec le foyer d'ostéo-myélite, et cite à ce sujet des observations personnelles ayant trait à des hémorrhagies succédant à l'ouverture du foyer qu'on croyait plein de pus; dans un cas le malade a eu la scarlatine, dans l'autre c'était un tuberculeux; le rapporteur se demande s'il n'y a pas lieu de soupçonner dans un cas une lésion spécifique de la paroi comme pouvant donner lieu a une hémorrhagie.

M. MONOD a vu à l'Hôtel-Dieu une hémorrhagie foudroyante se produire dans un abcès du pli inguino-crural qu'il avait drainé; il dut lier la fémorale. Le même jour, il fut appelé dans un service voisin pour une hémorrhagie qui se produisait dans un abcès froid du bras, abcès que Pozzi, alors chef de ce service, avait drainé.

Cette hémorrhagie fut arrêtée par la ligature d'une petite collatérale de l'humérale. Mais, dans la nuit, nouvelle hémorrhagie et mort.

A l'autopsie, deux ou trois petites perforations voisines, d'où je crois pouvoir conclure que l'hémorrhagie n'est pas imputable aux drains.

M. VERNEUIL. Je trouve deux choses dans le travail de M. Humbert :

1o La présence du sang de bonne heure dans ces foyers;

2o La présence tardive, en un mot, des hémorrhagies après leur ouverture.

M. Humbert se souviendra peut-être que quand il était mon interne à Lariboisière en même temps que M. Richelot, celui-ci me présenta un enfant avec le diagnostic érysipèle-phlegmoneux, diagnostic que je n'acceptai pas et je dis abcès sous-périostique; je l'ouvris largement, il coula du sang presque pur, non du pus.

Quant aux hémorrhagies se produisant dans les foyers de suppuration, nous avons établi, M. Delbar et moi, que la dénudation artérielle n'avait rien de grave en l'absence de fièvre, l'artère, au contraire, s'épaissit. S'il y a fièvre, l'artère se sphacèle. Aussi demanderai-je à M. Th. Anger et à M. Monod : leurs malades avaient-ils de la fièvre ?

Je ne vois pas d'objections à adresser à l'hypothèse de M. Anger sur la tuberculisation possible des parois artérielles.

M. DESPRÉS accuse le drainage d'occasionner les hémorrhagies et dit qu'on évite cet accident en prenant soin de nouer l'anse de caoutchouc dans le sens opposé au vaisseau qui pourrait être intéressé.

Dans le cas de M. Monod, le drain passait au-dessous de l'artère.

L'ulcération des artères par la suppuration est rare; on expliquait, avant la thèse de Delban, les hémorrhagies dans les foyers suppurés qu'on vidait brusquement par la théorie *ex vacuo*.

Je reconnais avec M. Verneuil qu'il y a des hémorrhagies dans la septicémie.

Mais les faits de Humbert me paraissent plutôt des hématomes sous-périostés consécutifs à un état voisin du scorbut et qu'on ne doit pas ouvrir.

M. Monod : J'ai d'abord accusé le drain d'avoir coupé l'artère, mais ces deux ou trois orifices vus sur l'artère humérale du second malade m'ont fait rejeter cette idée; j'accuse surtout l'état de la paroi.

Je réponds à M. Verneuil que jusqu'à l'hémorrhagie mon malade n'a pas eu de fièvre.

M. Marchand a vu à Saint-Louis un homme non tuberculeux entré dans le service de M. Le Dentu, porteur d'une tumeur fluctuante vers la tête du péroné. Je crus à un abcès sous-périostique; je l'incisai, et il sortit du sang. Je liai la fémorale à l'anneau; la poplitée était rupturée; je fus plus tard obligé de la lier, parce que le membre s'était gangrené; je n'ai jamais pu savoir pourquoi cette artère s'était rompue.

M. Labbé : J'ai assisté Dolbeau dans un cas où il se produisit dans l'après-midi une hémorrhagie dans le foyer d'un abcès sous-maxillaire qu'il avait ouvert le matin. Les artères étaient très friables; il dut lier la carotide externe; la faciale présentait une ouverture comme à l'emporte-pièce, et on ne pouvait pas accuser le bistouri de l'avoir produite.

M. Th. Anger : Je suis heureux de voir M. Monod confirmer mes hypothèses; la jeune fille de douze ans qui fait le sujet de ma seconde observation n'avait pas de drain, mais elle était tuberculeuse. Sans me faire d'objections capitales, M. Verneuil a parlé de fièvre pour expliquer les hémorrhagies. Je me rappelle un cas que j'ai observé chez Nélaton pendant que j'étais son interne, cas qui a du être publié par Fontan. C'était pour une résection du maxillaire inférieur; tout allait bien, quand trois jours après je fus réveillé la nuit pour une hémorrhagie foudroyante qui emporta le malade; l'autopsie nous montra que la carotide externe était l'origine de l'hémorrhagie. Nélaton s'en était approché beaucoup, mais il n'y avait certainement pas septicémie.

Quant à M. Després, il a confondu les malades.

Les cas d'hémorrhagie dans les abcès froids ne sont pas de M. Humbert, ils sont de moi, et il n'y avait pas eu de drain.

Le cas rapporté par M. Marchand me semble être tout différent des nôtres.

Le rapporteur conclut en proposant l'insertion du travail de M. Humbert dans les Bulletins, travail qui complète celui de M. Le Dentu, et l'inscription de l'auteur dans un rang honorable, comme candidat au titre de membre de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Vieuze relatif à l'élongation des nerfs.

M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. de Guermonprez relative à une fracture du rachis (région lombaire) traitée par la compression du point douloureux et l'extension; le rapporteur n'accepte pas absolument toutes les conclusions de l'auteur.

— M. Monod : Je vous ai parlé à la fin de l'année dernière d'une fistule recto-vaginale ressemblant presque à celles qu'on appelle recto-vulvaires, consécutive à un abcès.

Traitée par des cautérisations consécutives sans succès, je pensai à employer dans ce cas la suture par le procédé américain; j'avoue que je tentais cette opération sans grand espoir de succès; la discussion qui venait d'avoir lieu ici était peu faite pour me donner confiance; de plus j'étais obligé de passer mes fils sans entrer dans le rectum; je laissai donc une fente dans l'intestin.

Cependant je pratiquai l'opération. Mon collègue, M. Reclus, qui prit le service à ce moment, me dit : « Elle ne guérira pas »; et, en effet, la suture fut inutile.

Elle me suivit à Ivry dans mon nouveau service; là, je la cautérisai avec le fil galvanique, prenant la précaution de bien toucher tout le trajet. Le résultat fut déplorable : la fistule fut agrandie.

Alors je me décidai à sectionner tout le périnée et à faire séance tenante la périnéorrhaphie; j'ai eu le bonheur de réussir. Ma malade est guérie.

Ce procédé est loin de m'appartenir.

Dans la thèse de Michon, il est dit que Ricord a fait cette opération deux fois, sans même faire la suture du périnée.

M. Tillaux a cité un cas où Dolbeau fendit aussi le périnée; mais, plus tard, M. Gosselin fut appelé à pratiquer la périnéorrhaphie.

M. Demarquay, en 1874, cita ici un cas où il ne fit pas non plus la périnéorrhaphie.

Mais ce que je tiens surtout à mettre en évidence, c'est que le professeur Richet, en 1849, a le premier bien formulé cette indication. Il est cité dans la thèse de Serres.

Simon de Rostock, Baker-Brown, Le Dentu et Labbé ont parlé dans le même sens à la Société l'an passé.

C'est donc un procédé à connaître et à employer.

M. Desprès voudrait que M. Monod appelât cette fistule recto-vulvaire et non recto-vaginale, et, dit-il, tout le monde serait d'accord.

M. Labbé : Je ne puis souscrire au vœu de M. Desprès. J'ai cité un cas de fistule recto-vaginale et non recto-vulvaire; je dus réparer une partie de la cloison.

M. Monod : Je suis heureux de voir que M. Labbé a répondu pour moi; du reste, dans la thèse de Serres, dans l'observation de Demarquay, il est dit qu'après la section ou restaura seulement la cloison sans même suturer le périnée.

M. Desprès : Où commence, où finit la vulve? L'anatomie chirurgicale devrait nous répondre; il me semble que l'hymen devrait servir à limiter la vulve et le périnée.

M. Monod présente une pièce provenant d'une malade opérée par M. Verneuil : c'est un os qui ressemble à un temporal et qui n'est autre qu'un maxillaire inférieur; j'ai même pu trouver le nerf dentaire, ce qui confirme les assertions de Forget, opinion que j'avais cru pouvoir combattre quand j'ai écrit l'article pour le dictionnaire de Dechambre.

M. Farabeuf : Le nerf maxillaire inférieur était-il plus long qu'à l'état normal?

M. Monod : Je n'ai pu constater le fait.

M. Bouilly lit un travail sur la corde épiploïque dans les hernies; ce travail est renvoyé à une commission. M. Nepveu est rapporteur.

BIBLIOGRAPHIE

Ostéotomie avec recherches sur l'étiologie et la pathologénie du *genu valgum*, etc., par William Macewen, chirurgien et professeur de chirurgie à l'Infirmerie royale de Glascow, traduit de l'anglais par Albert Demons (de Bordeaux). — Paris, G. Masson, 1882. In-8 de 188 pages.

L'ostéotomie a encore peu pénétré dans nos mœurs chirurgicales.

Les différents procédés de Delore et Tillaux, les appareils perfectionnés que nous ont construits nos fabricants, surtout celui de Robert et Colin, n'ont pas peu contribué dans notre pays au discrédit de cette opération et à la faveur avec laquelle est aujourd'hui accueillie l'ostéoclasie.

Cependant, comme on le sait, l'ostéoclasie manuelle a ses limites et ses indications.

Au delà de dix-huit ans, on ne saurait songer à la prati-

quer sans danger. Mais alors l'ostéotomie mécanique, portant non sur le cartilage épiphysaire, mais sur un point quelconque de la diaphyse, se pratique avec assez de précision pour qu'on puisse faire bénéficier le malade des avantages du redressement.

Elle constitue, à vrai dire, une ostéotomie sous-cutanée.

L'ostéotomie à ciel ouvert, telle qu'on la pratique à l'étranger, présente le grave inconvénient de substituer une fracture exposée à une fracture simple.

Les procédés en sont nombreux.

L'ostéoclasie du fémur comprend à elle seule le procédé connu de Chiene, celui de Macewen (section sus-condylienne), enfin les divers procédés de l'ostéo-arthrotomie dont les principaux sont ceux de Ogston (d'Aberdeen) et de Reeves (de Londres).

Certes le procédé de Macewen est de beaucoup le meilleur, mais malgré la confiance de l'auteur dans la méthode antiseptique, elle n'échappera pas aux graves inconvénients que peut entraîner toute section osseuse à ciel ouvert.

L'auteur incrimine la méthode sous-cutanée qui ne préviendrait pas les suppurations et préfère les plaies larges pansées antiseptiquement.

En vérité, il n'a peut-être pas tort.

Mais il ne dit mot de l'ostéotomie mécanique, en présence de laquelle son procédé ne saurait résister.

Quoi qu'il en soit, nous devons adresser tous nos remerciements à M. Demons, qui a bien voulu porter à la connaissance du public français un ouvrage fort intéressant qui nous fait connaître la pratique et les résultats opératoires de nos voisins d'outre-Manche.

On trouvera dane ce volume un chapitre sur le rachitisme considéré dans ses rapports avec les courbures des membres ; l'auteur se rallie à l'origine rachitique de ces déformations.

Cet ouvrage sera lu certainement avec le plus grand plaisir par tous ceux qui s'intéressent aux questions de chirurgie plastique, mais nous ne croyons pas, malgré l'enthousiasme du chirurgien de Bordeaux, que les idées du professeur de Glascow se généralisent de longtemps dans notre pays.

PICQUÉ.

DE LA MÉTHODE GRAPHIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DES LÉSIONS ORGANIQUES DU CŒUR GAUCHE, par le docteur LABATUT.

Ce travail est le résumé des recherches que l'auteur a poursuivies au moyen de la méthode graphique pour élucider certains points de l'histoire des affections valvulaires du cœur gauche. Ces recherches ont porté sur différents cas de lésions valvulaires tantôt simples, tantôt associées et combinées de différentes manières entre elles ; il en conclut que le sphygmographe ne donne que des résultats souvent contestables et que, pour arriver à des résultats plus affirmatifs, il faudrait que ce mode d'exploration fût plus généralement employé et d'après des règles mieux déterminées qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent. Il serait utile que les médecins adoptassent pour cette étude les mêmes instruments enregistreurs et que l'application de ces derniers fût plus fréquente, afin de pouvoir comparer les résultats observés. Enfin l'application du sphygmographe devrait être faite avant l'application de tout agent thérapeutique, l'intervention de ceux-ci ne pouvant que nuire à la netteté des renseignements fournis par l'instrument enregistreur.

Comme on le voit, la thèse de M. Labatut est moins un travail original, renfermant l'énoncé de conclusions nouvelles, qu'une revue critique des notions fournies jusqu'à ce jour par le sphygmographe dans l'étude des maladies du cœur.

Dr P. MUSELIER.

ETUDE SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES ASCARIDES LOMBRICOÏDES, par le Dr GUERMONPREZ, (de Lille), in-8° de 27 pages. Paris, 1882, OCTAVE DOIN., éditeur.

Dans ce travail critique on ne peut plus intéressant, M. le Dr Guermonprez (de Lille), constate que la santonine (et à plus forte raison le semen-contra) est insuffisante pour tuer les ascarides lombricoïdes dans l'intestin, ou simplement pour les en expulser. La santonine en effet ne tue pas toujours ces entozoaires, surtout quand ils sont volumineux ou nombreux ; elle commence par les exciter, puis, en précipitant leurs mouvements, elle exaspère, nous dit M. Guermonprez, les accidents réflexes d'une part et d'autre part les obstructions intestinales.

Les purgatifs donnent de meilleurs résultats que les vermifuges; ils peuvent suffire à déterminer l'expulsion des ascarides. Les soins hygiéniques, et parfois le seul changement d'alimentation et d'habitation peuvent aussi réussir à eux seuls à chasser ces helminthes.

Il importe donc de ne jamais se contenter de la santonine pour combattre les ascarides. On doit y joindre l'usage d'un purgatif, huile de ricin, séné, jalap, rhubarbe, calomel, etc. Et même avant d'avoir recours au médicament prétendu spécifique on devra souvent essayer d'un simple changement de régime, et de lotions d'eau fraîche sur l'abdomen. Aidés ou non d'un purgatif, ces moyens pourront en effet, dans bien des cas, dispenser le médecin d'employer les anthelminthiques.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

ANALYSES DE LA PEPTONE DEFRESNE.

Les expériences de M. Debove, à Bicêtre, celles de M. Dujardin-Baumetz, à Saint-Antoine, ont démontré que dans les cachexies, qu'elles soient le résultat de maladies aiguës ou chroniques, le phénomène qu'il faut combattre d'abord, c'est la misère physiologique.

Les poudres de viande du docteur Debove, les Peptones de M. Defresne, peuvent alors être utilisées; nous avons quelquefois employé ces dernières et nous pensons intéresser nos confrères en leur en faisant connaître la composition.

Analyses (1) *de la Peptone Defresne.* « Cette Peptone est un » liquide limpide, acide, de couleur rougeâtre, de saveur assez » voisine de celle du jus de viande rôtie, de densité de 1,14 à la » température de 10c centigrades.

» Desséchée à la température ordinaire dans une capsule à fond » plat, en présence de l'acide sulfurique, la Peptone Defresne » laisse 46,43 parties de résidu pour 100 parties.

» *Alcool.* — 100 gr. de Peptone ou 87cc,7, ont donné à la distil- » lation au bain saturé de sel marin (par une distillation de 5 heu- » res et après une addition d'eau distillée), 5cc,05 d'alcool ou 5cc,75 » d'alcool pour 100cc de peptone. »

Sels minéraux. — L'incinération donne un poids de sels minéraux qui a varié de 2,08 à 2,12 par 100 gr. de peptone.

Acide phosphorique. — La Peptone a été additionnée de 5 p. 100

(1) *Ces analyses ont été résumées dans le* BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE *du 15 mars 1881 et dans la* TRIBUNE MÉDICALE *du 20 mars de la même année.*

Elles ont été répétées par le docteur D. Freire, professeur à la Faculté de médecine de Rio de-Janeiro, et elles se trouvent insérées dans le compte rendu annuel des travaux de cette faculté.

de son poids de carbonate de soude pur, évaporée, carbonisée, partiellement incinérée, et le résidu épuisé par l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique.

La partie non dissoute a été incinérée et traitée de nouveau par l'eau acidulée.

100 gr. de peptone donnent 0 gr. 6863 d'acide phosphorique Ph. 0^5.

100 gr. de peptone donnent 0 gr. 6952 d'acide phosphorique Ph. 0^5.

Moyenne 0,690,75 d'acide phosphorique pour 100 parties de peptone.

Le dosage a été fait à l'état de pyrophosphate d'Urane, méthode des pesées.

En résumé :

Acide phosphorique	0,69075	2,08
Chlorure de sodium	0,67625	
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique.	0,7131	

Ni le sulfate d'ammoniaque, ni le sulfate de magnésie, même après une addition d'acide, ne précipitent la Peptone Defresne; *c'est la preuve que ce liquide ne contient ni albumine, ni fibrine dissoute, ni aucun produit analogue* ou *serum du sang qui n'ait été transformé en Peptone.*

La recherche de la glycose n'a donné que des résultats négatifs.

Azote. — L'azote existe en deux états principaux dans ce produit : 1o comme élément organique de la Peptone ; 2o à l'état de sel ammoniacal de très facile décomposition, et dans ce dernier cas en très minime quantité.

Pour se convaincre de ce dernier état de l'azote, il suffit de placer dans un flacon quelques grammes de Peptone, puis 1 gramme environ de cristaux de carbonate de soude pur, et de plonger dans le flacon à froid, un papier de tournesol rougi, ce papier bleuit rapidement et l'odeur de l'ammoniaque est manifeste. L'azote de la Peptone a été dosé par la méthode de Will et Warentrapp (pesée du chlorydro-platinate de potassium sec et incinération du sel platinique); j'ai obtenu 0 gr. 391 — 0 gr. 385 — 0 gr. 4008, d'azote pour 1 gramme de Peptone liquide. Ce poids d'azote ne représente que celui qui appartient à la Peptone et non les traces d'azote qui font partie des sels ammoniacaux mis en évidence par l'essai précédent.

Les nombres précédents indiquent *25 pour 100 de Peptone sèche et pure dans la Peptone liquide de M. Defresne.*

L'alcool absolu agissant sur la Peptone en consistance très épaisse donne *27 parties 4266* de Peptone sèche, mais le liquide alcoolique retient de la Peptone unie à la glycérine ajoutée à ce produit dans un but de conservation. Malgré de nombreux essais, je n'ai pu éviter la dissolution partielle de la Peptone par le liquide alcoolique et par conséquent séparer strictement la glycérine de la Peptone après une addition d'éther; mes résultats indiquent à peu près 15 à 16 grammes de glycérine desséchée à froid en présence de l'acide sulfurique.

D'autre part, en déduisant 2 grammes de sels minéraux, de 27 gr. 4 indiqnés par l'expérience précédente, il resterait 25 gr. 4 de Peptone pure ; ce chiffre est très voisin de la vérite.

Résumé de l'analyse de la Peptone Defresne.

4 grammes azote, ou peptone sèche..	25 gr.	100
Acide phosphorique..................	0 gr. 69075	
Chlorure de sodium..................	0 gr. 67625	
Potasse, cbaux, fer, acide sulfurique.	0 gr. 71310	
Alcool	5 gr. 75	
Glycérine	15 gr.	
Eau.................................	51 gr. 83	

Analyse nn Dr Domingnes Freire

Professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

La Peptone Defresne est de couleur rouge-fauve, son odeur est agréable, son arome se rapproche de celui de la viande rôtie.

Elle marque 16 degrés à l'aréomètre de Baumé, elle ne se trouble ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; l'alun, le ferro-cyanure de potassium, ne la précipitent pas. Le réactif de Milon donne une coloration rouge au précipité; l'alcool fort y détermine un précipité qui se redissout dans l'eau.

Le sulfate de cuivre alcalinisé y donne la réaction propre aux Peptones, c'est-à-dire la succession des couleurs roses, rouges et violacées. La Peptone Defresne est constituée par une solution de Peptone contenant un peu de chlorure de sodium formé pendant la préparation, nous n'y avons trouvé aucune trace de gélatine, nous nous en sommes assurés au moyen du sulfate de magnésie, avec lequel nous avons saturé cette préparation ; essayée ainsi, elle n'a donné aucune espèce de précipité. Nous avons confirmé ce résultat en employant l'acide valérianique, réactif découvert par nous-même, pour caractériser la gélatine. En effet, une solution de gélatine forme avec l'acide valérianique une émission blanche et laiteuse, tandis qu'une solution de Peptone ne donne pas naissance à ce phénomène.

La Peptone laisse 28 pour 100 de résidu à l'étude à 120 degrés et contient 2 gr. 20 pour 10) de sels minéraux.

Dr Nérat

(Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, 26 octobre.)

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Mouvement de la fièvre typhoide dans les hôpitaux de Paris. — Les chiffres officiels fournis par l'administration au Conseil municipal de la ville de Paris donnent les résultats suivants pour les journées écoulées depuis notre dernier numéro :

	octobre 1882						nov.
	26	27	28	29	30	31	1er
Entrées dans les hôpitaux.	74	86	53	30	57	52	35
Sortis après guérison......	51	97	57	47	105	86	44
Décès..................	8	9	11	6	8	11	8

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde existant dans les hôpitaux, le 26 octobre au matin, était de 2131 ; il est aujourd'hui, 2 novembre au matin, de 1967, soit une différence en moins de 64.

D'après les chiffres que nous rapportons ci-dessus, nous voyons que la moyenne a été, pendant les sept jours, de :

55,3 pour les entrées,

8,7 pour les décès.

Enfin, le nombre des inhumations de sujets typhoïdiques, a été, *en ville*, de 21, 13, 17, 21, 18, 22 et 18 pour les journées des 26, 27, 28, 29, 30 et 31 octobre et 1er novembre, soit un total de 130 pour sept jours, ou une moyenne de 18,57 par jour.

***

Epidémies. — La scarlatine sévit épidémiquement en ce moment à Londres, à tel point, qu'après l'ouvrture du *Fulham Hospital*, il est question d'ouvrir encore le *Hampstead Hospital*. L'un des derniers numéros du *Medical Times* donne le chiffre de 593 cas à la fois à l'hôpital.

***

Corps de santé militaire. — Par décision du ministre de la guerre, en date du 18 octobre 1882, ont été désignés pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de corps d'armée MM. les médecins principaux de première classe dont les noms suivent, savoir :

Gouvernement militaire de Paris, M. Colin, médecin inspecteur. — 1er corps d'armée, M. Guignet, médecin principal de première classe. — 2e corps, M. Hamel. — 3e corps, M. Weber. — 4e corps, M. Leplat. — 5e corps, M. Arnould. — 6e corps, M. Dauvé. — 7e corps, M. Morand. — 8e corps, M. Hattute. — 9e corps, M. Delcominète. — 10e corps, M. Roudet. — 11e corps, M. Lagarde. — 12e corps, M. Cochu. — 13e corps, M. Papillon. — 14e corps, M. Baudoin. — 15e corps, M. Levié. — 16e corps, M. Castex. — 17e corps, M. Alix. — 18e corps, M. Maffro. — 19e corps, M. Gaujot. — Corps d'occupation de Tunisie, M. Vedrènes.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — HÔPITAUX. — SERVICES D'ACCOUCHEMENTS. — Les quatre accoucheurs nommés au dernier concours ont pris leurs services respectifs le 16 octobre. M. Budin est nommé à la Charité ; M. Porak, à Saint-Louis ; M. Pinard, à Lariboisière ; M. Ribemont, à Tenon. Les accoucheurs des hôpitaux sont également chargés de la surveillance des sages-femmes attachées à chaque hôpital pour le service des accouchements à domicile.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.* — L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels, le lundi 16 octobre, à 8 heures du soir, sous la présidence de M. le docteur Bourneville, directeur des écoles d'infirmières.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Le Blas ; éléments d'anatomie, M. Duret ; de physiologie, M. P. Regnard ; pansements, M. Poirier ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. Budin ; hygiène, M. Blondeau ; petite pharmacie, M. Yvon.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'école de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à midi.

***

COMMISSION D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Par arrêté ministériel en date du 24 octobre 1882, sont nommés membres de la Commission d'hygiène scolaire instituée par arrêté du 24 janvier 1882 :

M. le docteur Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

M. le docteur Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de médecine ;

M. le docteur Bousaret, ancien interne des hôpitaux de Paris.

***

L'Ecole d'Anthropologie ouvrira le samedi 4 novembre 1882, à 2 heures, au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

M. DE MORTILLET. — Anthropologie préhistorique, le lundi, à 4 heures.

M. TOPINARD. — Anthropologie générale, les mardi et samedi, à 2 heures.

M. MATHIAS DUVAL. — Anthropologie zoologique, le mercredi, à 5 heures (à partir du 15).

M. DALLY. — Ethnologie, le jeudi, à 2 heures.

M. BERTILLON. — Démographie, le vendredi, à 4 heures.

M. BORDIER. — Géographie médicale, le samedi, à 4 heures.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel sont nommés, pour une période de quatre années, prosecteurs, MM. les docteurs Cartez, Ramonide et Routier, en remplacement de MM. les docteurs Duret, Paul Segond et Reynier.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par arrêté ministériel sont nommés pour l'année scolaire 1882-1883 :

1. Préparation d'histoire naturelle, M. Sicard (L.-J.) ;
2. Préparation de physiologie, M. Gury (A.-L.) ;
3. Préparation d'anatomie générale d'histologie, M. Lemoine.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur P. Cazeneuve a été nommé professeur de toxicologie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Le Monnier est chargé, pendant l'année scolaire 1882-83, du cours de botanique et d'histoire naturelle.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M le docteur Chedevergne, professeur de clinique médicale, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole, en remplacement de M. le docteur Guériseau, décédé.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Taguet est, par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 11 octobre 1882, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. le docteur Lagardelle, décédé.

***

BUREAU DE BIENFAISANCE. — M. le docteur Willette a été élu ces jours derniers médecin du bureau de bienfaisance du dix-huitième arrondissement de Paris.

***

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29, du 1er novembre au 31 août de chaque année :

Le jeudi, à 9 heures : Consultations auxquelles assistent les élèves inscrits ; à 11 heures : Leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

La première leçon aura lieu le jeudi 2 novembre 1882.

***

PRISONS DE ROUEN. — Nous apprenons avec un vif regret l'attentat dont M. le docteur Gressent, médecin-adjoint des prisons de Rouen, vient d'être victime de la part de l'un des détenus de la prison Bonne-Nouvelle. M. le docteur Gressent a été frappé d'un violent coup de crochet par un prisonnier. Heureusement, la blessure ne paraît pas avoir acquis une très grande gravité.

***

ASILE DES ALIÉNÉS DE VILLE-EVRARD. — On nous annonce aussi l'agression dont a été victime, ces jours derniers, M. le docteur Espiau de la Maëstre, médecin-directeur de la Ville-Evrard. Un malade atteint du délire de persécution s'est efforcé de crever avec les doigts les yeux de notre distingué confrère. L'œil droit paraît avoir été seul gravement atteint.

***

LYCÉE SAINT-LOUIS. — M. le docteur Troisier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et médecin des Hôpitaux, est nommé médecin au lycée Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Hillairet, décédé.

***

M. le docteur Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, no 9, le lundi 13 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 19 OCTOBRE AU JEUDI 25 OCTOBRE 1882.

Fièvre typhoïde 244. — Variole 8. — Rougeole 8. — Scarlatine 1. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup 27. — Dysenterie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 28. — Phthisie pulmonaire 166. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 71. — Malformation et débilité des âges extrêmes 47. — Bronchite aiguë 12. — Pneumonie 25. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46, — au sein et mixte 31. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 61. —. de l'appareil digestif 68. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 4. — infectieuses 4. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées. 11. — Total de la semaine : 1111 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 45 11 NOVEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 9 novembre 1882.

LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES.

Dans une circulaire adressée aux recteurs, et que nous reproduisons plus loin, le ministre de l'instruction publique ouvre une enquête sur l'utilité de la création d'un grade supérieur au doctorat en médecine et sur les conditions dans lesquelles ce grade, qui prendrait le nom de doctorat ès sciences médicales, serait délivré. Cette circulaire comprend aussi deux questions : une question de principe et une question d'application ou d'exécution; nous nous bornerons pour aujourd'hui à examiner la premiere.

On peut dire qu'il en est des idées de réformes comme de certaines graines tombant sur un terrain mal préparé; elles ne se perdent ou ne meurent ni les unes ni les autres, mais conservent comme à l'état latent leur force vive de germination jusqu'au jour où les conditions de milieu sont devenues plus favorables et où elles prennent leur essor. C'est ce qu'on a vu, par exemple, pour la liberté de l'enseignement supérieur, pour l'introduction des chaires d'enseignement spécial dans les Facultés de l'Etat, pour l'association des agrégés à l'enseignement régulier de ces mêmes facultés, etc.; il semble devoir en être ainsi pour la création d'un doctorat es sciences médicales.

Il y a douze ans, dans un travail où nous recherchions les nombreuses réformes dont notre système d'enseignement était alors susceptible (1), nous écrivions :

« Dans ce qui précède, nous n'avons en vue que l'instruction des futurs praticiens ; mais ce n'est pas tout pour un pays d'avoir des praticiens instruits. La médecine n'est pas seulement une profession, elle est aussi une science. Nous vivons à une époque où une nation ne doit pas se montrer moins jalouse de sa supériorité intellectuelle que de la supériorité de ses armes, et où les vrais savants ne contribuent pas moins à sa gloire et à son influence morale que les grands capitaines. Dans ce concours d'hommes de science appelés à soutenir l'honneur du drapeau national, la médecine doit être dignement représentée. A côté de bons praticiens, le pays a donc intérêt et il a droit à avoir des médecins qui puissent, suivant leurs goûts et leurs aptitudes, travailler efficacement aux progrès de telle ou telle branche de la science médicale. Quels moyens, quelles ressources le système qui nous gouverne offre-t-il aux jeunes gens qui se sentent cette vocation ? »

Plus loin nous ajoutions, à propos de la création de titres scientifiques supérieurs aux grades professionnels :

« On recherche généralement les marques distinctives ; or les plus légitimes de toutes sont certainement celles que l'on acquiert par le travail, à la suite d'épreuves subies honorablement. Les hommes qui suivent des cours dans le seul but d'accroître leurs connaissances et avec la seule ambition d'en éprouver une satisfaction intérieure, forment une bien petite minorité. Le plus grand nombre, par un amour-propre d'ailleurs fort excusable, par nécessité de position, ou pour lutter plus avantageusement dans la carrière qu'ils ont entreprise, demandent dans un titre, dans un diplôme, la consécration matérielle des études qu'ils ont faites, des connaissances qu'ils ont acquises. Cela posé, si on limite ces titres et ces diplômes à ceux qui confèrent le droit d'exercice professionnel, comme on ne saurait, dans l'intérêt commun, entourer de trop grandes difficultés, sous le rapport théorique ou scientifique, les épreuves exigées de la part des futurs praticiens, il en résultera que bien des jeunes gens borneront là toute leur ambition et que le nombre de ceux qui pousseront plus loin leurs études sera considérablement restreint..... Au delà du grade qui constitue pour tous le couronnement des études, il faut des titres dont l'accès, rendu plus ou moins difficile, soit à la fois un encouragement et une récompense pour les travailleurs. On ne saurait contester que ce ne soit là le moyen le plus puissant d'assurer le recrutement des hommes de science. La notoriété et la gloire que quelques-uns d'entre eux acquièrent arrivent en général trop tard pour stimuler d'une manière suffisante l'ambition des jeunes gens qui ne sont encore qu'au début de la carrière. »

Nous pensons exactement aujourd'hui ce que nous écrivions alors. On pourrait répondre que, depuis cette époque, la création des nouvelles Facultés de médecine de province, en augmentant le nombre des professeurs et des agrégés, a donné en grande partie satisfaction au desideratum que nous signalions : ce serait là une erreur, et le ministre lui-même, dans sa circulaire, en fournit la démonstration. Comment, en effet, définit-il ce grade ou ce titre, qu'il propose de créer? « Un grade supérieur, supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des *études plus personnelles et plus originales.* » Certes le titre d'agrégé suppose aussi des connaissances plus completes et plus scientifiques, mais tout le monde sait qu'il va à l'encontre des *études personnelles et originales.* Le candidat à l'agrégation, durant la période de préparation ou d'entraînement qui peut durer de trois à neuf ans, doit comprimer son initiative propre ; au point de vue des progrès scientifiques auxquels il devrait contribuer, on peut dire qu'il est à l'état d'incubation. Le candidat au doctorat ès sciences médicales aura une plus grande indépendance et pourra, sans compromettre son succès futur, enrichir le fonds commun des produits de ses idées et de ses recherches personnelles.

(1) Des réformes à introduire dans l'organisation de l'enseignement médical, 1870.

D'un antre côté, bien qu'il se soit accru considérablement, le nombre des agrégés est encore limité. Pour obtenir ce titre et en jouir, il faut résider au siége d'une faculté. Combien de travailleurs sont privés ainsi du stimulant que comporte ce titre et qu'ils retrouveront dans le doctorat ès sciences médicales !

Il est inutile d'insister davantage pour montrer que l'agrégation ne saurait tenir lieu du doctorat qu'il s'agit de créer. La première ne confière, à vrai dire, qu'un titre professionnel au point de vue de l'enseignement public et répond ainsi à un but spécial. L'institution d'un doctorat ès sciences médicales a des vues plus générales ; elle se propose d'encourager partout les recherches scientifiques en favorisant et stimulant l'esprit d'initiative des travailleurs. La question de principe nous semble donc résolue et la discussion ne peut plus porter que sur les questions, assez nombreuses d'ailleurs, d'exécution ou d'application. Ce sera l'objet d'un autre article.

Le plan des études des lycées.

L'hygiène scolaire préoccupe vivement et à juste raison tous les esprits. Les questions multiples et complexes qu'elle soulève n'embrassent pas seulement les éléments habituels de l'hygiène tels que l'éclairage, l'aération, l'ameublement des salles, le régime alimentaire, les exercices physiques, etc. ; elles s'étendent aussi, plus qu'on ne saurait le croire tout d'abord, au plan des études, aux programmes et aux méthodes d'enseignement. Les exercices intellectuels constituent, en effet, une véritable gymnastique cérébrale dont l'excès ou la mauvaise direction peuvent surcharger, fatiguer, comprimer dans son développement l'organe de la pensée, et ne pas tarder ainsi à réagir sur l'organisme tout entier. Cette vérité, on est heureux de le constater, a frappé nos gouvernants. Les nouveaux programmes des études secondaires avaient considérablement accru le travail quotidien des élèves. Si l'on avait retranché quelques exercices d'un intérêt médiocre, on avait ajouté, dès les classes élémentaires, des matieres, tellesque l'étude des sciences physiques et naturelles, des mathématiques, des langues vivantes, etc., qui compensaient bien au delà celles qu'on avait supprimées. Dans une circulaire qu'il vient d'adresser aux recteurs, le ministre de l'instruction publique, tenant compte des plaintes que le nouveau système a provoquées de la part des parents et même des chefs d'établissement, montre comment, en modifiant les méthodes, en faisant, par exemple, une part plus restreinte aux devoirs écrits et plus large aux lectures, aux préparations, on peut satisfaire aux programmes sans trop surcharger le travail des enfants. Du reste, et c'est là le point important de la circulaire, le professeur n'est pas astreint à suivre strictement ces programmes ; il doit avant tout s'inquiéter et s'inspirer des dispositions, des aptitudes, de la capacité de travail de ses élèves. « MM. les professeurs ne doivent pas oublier, dit le ministre, qu'une liberté entière leur a été laissée par le Conseil supérieur pour choisir, pour élaguer au besoin et proportionner leurs leçons au temps dont ils peuvent disposer. » C'est là une excellente déclaration, dont les professeurs feront certainement leur profit, et qui contribuera à rassurer les pères de famille.

P.-S. — Nous avons connaissance, au dernier moment, d'une autre circulaire ministérielle provoquant une enquête sur la situation actuelle des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires de médecine ; nous reproduisons plus loin les points principaux sur lesquels cette enquête devra porter et sur lesquels les Ecoles, les Facultés, les Conseils académiques auront à donner leur avis. Les intentions du gouvernement sont ainsi exprimées dans la circulaire : « Si nous ne devons pas, dit le ministre, encourager les écoles qui donnent un enseignement médiocre et ne sauraient être améliorées, un intérêt général d'un ordre élevé nous engage à tout faire pour concourir à la décentralisation scientifique et multiplier les centres de sérieuses études. »

Dr F. de Ranse.

La contagion de la phthisie pulmonaire

Suite et fin. — Voir les numéros 43, et 44.

Pour ce qui regarde les groupes au sein desquels on ne voit jamais que quelques individus atteints simultanément, on peut songer aux différences individuelles dans le degré de la « *résistance organique* », selon l'expression du professeur Corradi ; ce que l'on traduit, dans la langue des doctrines parasitaires, par « l'*adéquation du milieu* ». Les cultures de microbes ne réussissent pas dans n'importe quelle liqueur nutritive, et il faut quelquefois, pour telle ou telle espèce, chercher longtemps le bouillon convenable. Il serait étonnant que tous les germes tuberculeux transmis trouvassent des économies toutes prêtes à leur prolifération.

Pourtant, ce terme de « résistance organique » pourrait causer quelque illusion. Il n'est pas synonyme de « constitution robuste ; » car on voit fréquemment des individus très vigoureux et sans antécédents suspects être envahis par la tuberculose, absolument comme ils le seraient par la variole. Seulement, la variole succède à l'acte de la contagion dans l'espace de douze à quatorze jours, et l'on ne peut, pour la tuberculose, ni saisir la date de l'acte contagionnant, ni soupçonner la durée de l'incubation.

Abandonnons ce champ d'incertitudes. L'agent pathogène de la tuberculose est peut-être aujourd'hui entre nos mains ; s'il ne l'est pas encore, il faut le chercher davantage. On le trouvera ; on lui connaîtra des propriétés physiques et physiologiques. On sait déjà comment les poussières peuvent pénétrer dans les voies aériennes, être prises à la surface des vésicules pulmonaires par les corpuscules lymphatiques, être transportées dans les tissus ; on connaît également ce qui leur constitue des obstacles. M. Robert Koch signale chez son bacillus des particularités sur lesquelles nous avons prise et qui peuvent prêter à de sérieuses conclusions. Ce microbe ne se cultive avec succès qu'à une température constante de 37 à 38 degrés, celle de la profondeur de nos tissus ; c'est un côté menaçant. En revanche, les cultures sont très lentes à se développer ; elles ont besoin d'au moins dix jours ; c'est pour nous une protection relative. En supposant définitive et légitime la découverte du micro-botaniste de Berlin, les propriétés de ce microbe nous feraient comprendre jusqu'à un certain point pourquoi la transmission tuberculeuse (par voie aérienne) réussit souvent chez l'homme, et comment elle ne réussit cependant pas, à beaucoup près, aussi souvent que les conditions premières en sont posées ; double aspect du phénomène qui répond à la fois à la fréquence de la tuberculose et à sa marche uniforme dans le temps, à titre d'épidémie.

Si l'agent tuberculigène est un micro-champignon, ce champignon a des spores et peut-être celles-ci se conservent-elles dans le sol à l'occasion, comme celles de la bactéridie charbonneuse et tant d'autres microbes. Ce sera un point à vérifier. Qu'est-ce qui mettrait des germes tuberculeux dans le sol? Les produits pathologiques, quoiqu'ils en intéressent la surface beaucoup plus que la profondeur; puis les cadavres, inoffensifs pendant qu'ils sont enfouis, mais fort suspects lorsque, avec la succession des inhumations au même lieu, le terreau des tombes revient à la surface.

Si le virus tuberculeux est une bactérie, il ne se conserve pas dans l'eau, le cas échéant, mieux que les autres bactéries pathogènes, qui meurent dans l'eau pure et perdent peu à peu leurs propriétés pathogéniques, même dans l'eau organiquement souillée (Nægeli). Il s'y conserve même moins aisément, parce que la température de l'eau est généralement trop basse. Quant à ses spores, on ne sait.

La transmission tuberculeuse par les aliments est bien près d'être démontrée expérimentalement chez les animaux. Il reste quelque arrière-pensée et de nouvelles preuves sont nécessaires, parce qu'il n'est pas évident que les expérimentateurs se soient toujours placés dans des conditions irréprochables. Ainsi, Cohnheim se défie de toute expérience accomplie dans un laboratoire où l'on a antérieurement manipulé du tubercule et surtout des résultats obtenus chez des animaux que l'on a replacés, après l'inoculation ou l'ingestion tuberculeuse, dans une cage ou une écurie qui avait antérieurement contenu d'autres animaux tuberculeux. On comprend pourquoi. Le contrôle et les nouvelles recherches à poursuivre sont certainement œuvre d'hygiéniste, puisqu'il ne s'agit pas d'une simple curiosité scientifique, mais de mesures de police sanitaire à réclamer des administrations, pour la surveillance des viandes et du lait, et de conseils à formuler pour la cuisson parfaite des aliments. Ici encore, le point de coction auquel les bactéries tuberculeuses seront rendues inertes est à déterminer par des opérations qui sont évidemment de l'hygiène expérimentale.

On peut bien objecter que les essais sur les animaux ne prouvent pas tout; j'ai fait moi-même cette objection ailleurs. Mais il serait téméraire d'affirmer qu'elles ne prouvent rien, d'autant plus que certaines espèces animales sont naturellement aptes à la tuberculose, c'est-à-dire remplissent la condition la plus avantageuse pour être le terrain d'une expérimentation probante. Après tout, dès que l'on expérimente, il faut bien que ce soit sur des animaux et non sur l'homme. Ce procédé a donné, en ce qui concerne le charbon, des résultats assez beaux pour qu'on l'applique à d'autres maladies. Enfin, c'est une voie ouverte; le mieux est d'y persévérer, afin d'en avoir le cœur net, jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'il est insuffisant et qu'il faut chercher ailleurs, ou que l'on sache quelles restrictions il convient d'apporter à la formule des résultats.

Ce court article n'a certainement pas touché à tous les côtés du problème et n'a pas eu la prétention de le faire. Que le lecteur veuille bien le prendre, non pour un programme, mais pour une incitation à tenter, par des modes nouveaux, la solution d'une question énorme autour de laquelle les moyens anciens ont réuni, sans un succès satisfaisant, tous les éclaircissements dont ils disposent.

J. Arnould.

DERMATOLOGIE

De l'érythème polymorphe exsudatif (ou maladie d'Hébra), par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Suite. — Voir les numéros 41, 42 et 44.

Dès l'année 1859, notre maître, M. Hardy (*Leçons sur les maladies de la peau*, 2e partie, p. 20 et suiv.), avait cherché à établir de l'ordre dans la question des érythèmes. La division qu'il proposait avait déjà jeté un jour tout nouveau sur les éruptions érythémateuses. Il les rangeait dans trois catégories :

La première comprenant les érythèmes purement locaux et se présentant à l'état de la plus grande simplicité; la deuxième consacrée aux érythèmes disséminés sur la surface du corps, accompagnés de quelques phénomènes généraux et simulant une fièvre éruptive; la troisième contenait les érythèmes secondaires, ceux qui surviennent comme complication d'une autre maladie.

On voit que c'est dans la deuxième catégorie de M. Hardy que devra prendre place la maladie d'Hébra. En effet, nous constatons qu'à côté de l'érythème noueux M. Hardy y a placé l'érythème papuleux et, de plus, cette variété d'érythème *dite scarlatiniforme*, parfois primitive, d'autrefois secondaire (G. Sée l'a vue survenir souvent à la suite du croup), enfin une dernière variété, l'érythème mamelonné, simulant l'éruption de la rougeole, s'accompagnant de fièvre et de démangeaisons, siégeant principalement au tronc, coïncidant souvent avec le muguet et survenant dans le cours ou dans la convalescence des fièvres graves, érysipèle, pneumonie et même choléra (A. Hardy, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article *Erythème*). On voit que de ces quatre formes d'érythème de la deuxième catégorie, il en est trois, l'érythème noueux, le scarlatiniforme et le mamelonné, qui pourraient être transportées dans la troisième catégorie.

Aussi bien M. Hardy, en 1871 (Dictionnaire de Jaccoud), n'a-t-il plus conservé que deux grandes classes d'érythème : *les érythèmes circonscrits ou de cause externe*, et *les érythèmes généralisés*, comprenant l'érythème papuleux, qu'il assimile à l'érythème polymorphe d'Hébra, et les érythèmes mamelonnés, scarlatiniformes et noueux.

Nous ne tenterons pas le diagnostic de l'érythème scarlatiniforme ni l'érythème mamelonné d'avec la maladie d'Hébra. Ces deux formes auraient plutôt besoin d'être différenciées de la rougeole et de la scarlatine; et encore l'absence de l'exanthème spécial à chacune de ces deux fièvres éruptives, l'absence d'épidémie concomitante, les commémoratifs et la marche seront-ils des caractères suffisants entre les vrais exanthèmes et les pseudo-exanthèmes. — Quant à l'érythème noueux, nous en parlerons plus loin.

2° *Diagnostic de l'érythème polymorphe d'avec le pemphigus, l'hydroa et certaines formes d'herpès.*

(*a*) Pemphigus. Quoique l'existence d'un pemphigus aigu bien nettement caractérisé soit loin d'être démontrée, il serait cependant assez facile, au moins théoriquement, de faire le diagnostic de cette affection et de l'érythème polymorphe. Dans le pemphigus, en effet, si les bulles reposent sur une surface rouge, cette surface ne doit pas outrepasser les limites de la bulle. La bulle fait saillie sur la peau à la manière d'une moitié

de grain de raisin blanc sans être entourée d'une auréole inflammatoire. Ce seul caractère doit suffire à différencier la bulle de pemphigus de toutes les autres affections dites pemphigoïdes, à manifestation bulleuse, que depuis Bazin (ainsi que MM. Besnier et Doyon (1) l'ont fait ressortir), on a trop de tendance à confondre avec le pemphigus légitime. Car Bazin serait allé volontiers jusqu'à donner le nom de pemphigus aux bulles de la brûlure. Aussi, dans ce que l'on a décrit sous le nom de pemphigus à bulles rares, ou de pemphigus *solitarius*, a-t-on dû souvent faire entrer bien des cas qui seraient aujourd'hui considérés comme des exemples d'érythème polymorphe. Moi-même, je l'avoue, jusqu'à ces dernières années, c'est-à-dire jusqu'au moment où mon attention fut attirée sur la maladie d'Hébra, j'avais considéré comme des cas de pemphigus solitarius des faits qu'aujourd'hui, lorsque j'en relis la narration, je rattacherais évidemment à l'érythème multiforme exsudatif.

M. E. Besnier le faisait d'ailleurs observer récemment (JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, mars 1882): « On donne trop volontiers le nom de pemphigus à toutes les éruptions caractérisées par le développement de bulles plus ou moins considérables : or, au point de vue clinique, il y a une très grande importance à distinguer le pemphigus vrai des autres éruptions bulleuses, car tandis que ces dernières n'ont le plus souvent que peu de gravité, le pemphigus, au contraire, est une affection particulièrement grave. »

Rappelons également, à propos des rapports de l'érythème polymorphe et du pemphigus aigu, les lignes suivantes, sorties de la plume si autorisée de notre maître, M. le professeur Hardy (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à l'article Pemphigus, t. 26, p. 462).

« Je ne voudrais pas nier l'existence de cette forme de pemphigus, mais elle est rare, et, le plus ordinairement, le pemphigus, affectant la marche aiguë, se présente en même temps que les taches exanthématiques assez saillantes de l'érythème papuleux, de sorte que, si je consultais seulement mes observations, je serais très porté à admettre que le pemphigus aigu n'est qu'une variété de la fièvre éruptive désignée sous les noms d'*érythème papuleux*, *d'érythème papulo-tuberculeux*, *d'herpès iris*. »

Ainsi donc, si le pemphigus aigu existe, il faut avouer qu'il doit être bien rare, puisque plusieurs maîtres de la dermatologie n'en ont jamais observé. Et n'aurait-on pas le droit de rapporter les cas qui en ont été cités à l'érythème polymorphe.

Voici d'ailleurs quelques exemples d'érythème à manifestations pemphigoïde.

OBSERVATION VI.

Erythème avec bulles pemphigoïdes.

La femme de Ch. G..., âgée de 50 ans, est, depuis plus d'un an, en pleine période de ménopause. Le 8 février 1881, elle vient me montrer une éruption qui l'inquiète vivement. Depuis une dizaine de jours elle a vu apparaître sur ses bras et ses jambes des taches rouges qui ne lui faisaient aucun mal et dont elle ne s'occupait pas. Mais depuis trois jours ses mains sont le siége d'une éruption un peu différente. Sur le bord externe de la main droite et sur la face dorsale du poignet du même côté, la femme Ch. G... me montre deux grosses bulles affaissées et ulcérées. Au devant de l'articulation radio-carpienne du côté gauche, elle offre une belle phlyctène développée seulement depuis la veille, et qui ressemble à s'y méprendre à la phlyctène d'un vésicatoire. Cette bulle n'a pas d'auréole rouge, elle semble reposer sur de la peau saine; elle mesure environ 3 centimètres de diamètre. Sur les jambes, sur le dos du pied et sur les avant-bras jusqu'au dessus des coudes, on voit de larges taches d'un rouge foncé.

Citons maintenant un exemple d'éruption pemphigoïde discrète survenue chez une petite fillette, qui présenta bientôt après des plaques d'érythème gyroïde.

OBSERVATION VII

Eruption pemphigoïde. — Erythème figuré.

La petite fille de L. E..., demeurant près de Commentry, âgée de quatre ans et dix mois, m'est amenée par sa mère le 9 février 1881.

Elle présente sur la face dorsale du pouce gauche trois bulles pemphigoïdes remplies d'un liquide séro-purulent; il en existe deux autres du coté droit, sur la face dorsale de l'index et du médius. Cette éruption existerait depuis près d'une semaine.

Le 28 février, on me ramenait cette fillette, qui offrait sur le dos du métacarpe droit, depuis une huitaine de jours, une vaste plaque bulleuse affaissée au centre; du côté gauche, sur le poignet et sur le dos de la main, on voyait de larges plaques à contour irrégulier d'érythème figuré ou gyroïde, dont le centre était occupé par de la peau à coloration normale.

Cependant il est des cas où le diagnostic serait beaucoup plus embarrassant, c'est lorsque l'on n'aperçoit aucune autre manifestation cutanée bien nette que des bulles en petit nombre, comme dans le cas suivant :

OBSERVATION VIII.

Eruption pemphigoïde discrète. — Erythème pernio.

Marie S..., petite fille de cinq ans et quatre mois, est depuis quelques semaines à peine convalescente d'une bronchite aiguë qui avait été très grave. On me l'amène le 5 février 1881, et je constate sur la main droite la présence de 4 bulles, dont 3 ulcérées siegent sur le médius; la plus grosse est derrière la tête du troisième métacarpien et descend jusque sur le dos de la première phalange; les deux autres sont sur les côtés du doigt; enfin une quatrième bulle à contenu séreux, de forme assez régulière, de la grosseur d'un baricot, siege sur le bord interne de l'auriculaire, au milieu de la première phalange.

Sur la main gauche je constate deux plaques obliques d'un rouge intense : l'une est placée sur la face dorsale de la phalange moyenne de l'annulaire; l'autre est sur la face externe et un peu sur la face postérieure de la première phalange du médius. Ces deux plaques me font songer à des engelures, et je prescris des lavages avec un peu d'eau de Goulard étendue. Sur les bulles de la main droite, je conseille de passer un peu de glycérolé d'amidon.

Le 15 février, je revoyais Marie S... L'éruption de la main droite était guérie; une seule bulle avait laissé une légère cicatrice rosée. Mais à la main gauche, à la place de la tache rouge du médius, il y avait une croûte d'un jaune verdâtre, qui tomba d'ailleurs quelques jours après.

Je ferai observer que dans ce dernier cas il s'agissait d'une éruption survenue pendant la convalescence d'une maladie grave. Je ferai remarquer aussi l'aspect spécial des deux plaques de la main gauche, qui ressemblaient à des plaques d'engelure, d'érythème pernio.

Voici encore un autre exemple dans lequel le diagnostic reste forcément douteux, puisqu'au moment où j'ai vu le malade pour la première fois il ne présentait que des bulles, peu nombreuses il est vrai, mais à côté desquelles je n'ai pas noté d'autre lésion cutanée de nature ou plutôt d'origine érythémateuse.

Cependant la coexistence d'aphthes sur la muqueuse buccale

(1) Annotations aux Leçons de M. Kaposi, t. 1, p. 442.

pourrait faire incliner à rattacher ce cas à la maladie d'Hébra. Mais il faudrait d'avance admettre comme démontrée l'idée que j'ai émise plus haut, dans le chapitre de l'étiologie, sur l'importance de la débilitation générale de l'organisme dans la production de l'érythème polymorphe exsudatif.

Observation IX

Eruption de pemphigus assez discrète sur les membres. — Aphthes sur la muqueuse buccale.

Le nommé D... (Georges) est un ouvrier charpentier âgé de 31 ans. Il vient me trouver le 4 janvier 1881, et me montre une éruption qu'il dit n'avoir débuté que le 31 décembre. Le 2 janvier, croyant avoir besoin d'une purgation, il a pris une bouteille d'eau de Pullna. Mais l'éruption n'a fait qu'augmenter, et il me montre sur les jambes, sur les avant-bras et sur les mains une trentaine de bulles, le plus grand nombre ulcérées et déjà recouvertes d'une croûte. Sur la face dorsale de la main gauche, il existe trois grosses bulles et sur la main droite cinq bulles à contenu transparent. Au premier aspect on dirait une brûlure. Il n'y a pas de fièvre. Le pouls bat 72 fois par minute. La langue présente un léger enduit saburral ; mais, sur la face interne des joues, et sur la voûte palatine, j'aperçois quelques aphthes ulcérés. Il en existe aussi deux sur la face buccale de la lèvre inférieure.

Je prescris de la tisane de houblon, du vin de gentiane ; et, comme application locale sur l'éruption cutanée, je conseille le pansement préconisé par mon maître, M. Hillairet, contre le pemphigus : à savoir des onctions avec du liniment oléo-calcaire et l'enveloppement avec de la ouate.

J'ai su que cet homme avait repris son travail habituel une huitaine de jours après ma consultation ; l'éruption était complètement guérie.

Bien que l'observation que l'on vient de lire présente des lacunes telles qu'on ne puisse avec une sûreté suffisante la rattacher à la maladie d'Hébra, on reconnaîtra facilement qu'en procédant par élimination on ne saurait la rapporter à aucune autre dermatose. En effet, on ne constate dans ce fait ni l'appareil fébrile qui accompagne le pemphigus aigu, quelque discret qu'il soit dans son éruption, ni la généralisation des lésions, ni surtout la durée et la gravité qui sont les caractères les plus saillants du pemphigus vulgaire à poussées successives et à pronostic toujours sérieux.

Tout au plus pourrait-on songer à cette affection sur laquelle Bazin a surtout insisté, à l'hydroa, dont nous allons nous occuper tout à l'heure.

Quant au pemphigus chronique, quelle qu'en soit la forme, foliacé ou à grosses bulles, pas n'est besoin de chercher à le différencier de l'érythème polymorphe. Par sa marche, par l'uniformité de ses lésions, par sa durée, et, avant tout, par sa gravité, il s'en distingue trop bien.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Obstétrique : Substitution d'une présentation du tronc a une présentation du siège, survenue après la rupture de la poche des eaux, par le docteur E. Grassi.

La stabilité des rapports entre le fœtus et l'utérus est d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage du terme de la grossesse ; elle atteint son maximum pendant le travail, après la rupture de la poche des eaux, qui permet au muscle utérin d'immobiliser le corps du fœtus dans l'attitude qu'il aura au début de la période d'expulsion.

Rarement ce principe ne se vérifie pas; aussi la présentation forme un des éléments les plus importants du pronostic de l'accouchement.

Les exceptions que l'on observe forment le groupe clinique intéressant des *versions et corrections spontanées ;* ce sont là des degrés divers d'un même fait, la substitution d'une nouvelle région fœtale à celle qui originairement, au début du travail, constituait la présentation.

Les versions spontanées, quoique rares, n'offrent rien d'extraordinaire.

Il n'en est plus de même lorsque le fait se produit après l'écoulement des eaux.

En effet, la diminution de volume de la cavité utérine, l'accolement des parois au corps du fœtus qui perd sa mobilité, la direction des contractions, tous ces éléments rendent assez obscurs le mécanisme d'un changement de présentation dans la deuxième période du travail.

Des observateurs habiles ont cependant suivi le phénomène avec attention.

On connaît le cas de Velpeau, celui analogue du docteur Copernau, cité par Barnes. A une présentation du tronc succède, après la rupture de la poche des eaux, une présentation du vertex. Barnes cite deux autres cas constatés avec grand soin par le docteur Johnson.

Le doute n'est donc pas permis. Voici maintenant les deux faits cliniques que nous avons observés ; l'un remonte à l'année 1878, l'autre est de date plus récente.

En 1878, il s'agissait d'une pluripare entrée à la clinique, après la perte des eaux, avec une présentation du siège légèrement déviée. Pendant le travail, l'extrémité podalique s'éloigna progressivement du détroit supérieur, de sorte qu'à un moment donné le plan latéral gauche se présenta.

Deuxième cas : Le 23 avril dernier, on porte à la clinique une pluripare à terme de sa sixième grossesse. Le travail dure depuis environ seize heures ; les eaux se sont écoulées dès le début, par suite d'une exploration un peu brutale de la sage-femme.

Examen : Utérus développé comme au terme de la grossesse, avec obliquité latérale droite très marquée, dilatation complète ; présentation douteuse par suite de l'élévation de la partie qui est recouverte par une tumeur. Quatre doigts de la main droite sont introduits dans le vagin.

On constate que le détroit supérieur est traversé par la colonne vertébrale du fœtus. C'est une présentation du tronc, variété dorsale ; les doigts portés dans la fosse iliaque gauche reconnaissent les fesses et saisissent les pieds, qui sont ramenés au dehors. L'extraction du fœtus s'achève ; on le ranime facilement. Poids du fœtus : 3,700 gr.

La bosse séro-sanguine occupe la région dorso-lombaire gauche et porte la trace d'égratignures produites par les ongles de la sage-femme.

Mais il *existe une deuxième bosse séro-sanguine plus petite, de couleur violacée, à dix centimètres de distance de la première et située précisément sur la fesse gauche.*

Cette deuxième tumeur séro-sanguine était due, sans contredit, à ce que la présentation primitive du siège se convertit plus tard, après la perte des eaux, en présentation dorsale.

Ces deux tumeurs séro-sanguines contresignent les deux

présentations successives et ne laissent aucune place à une erreur de diagnostic.

Dans les deux cas rapportés par Barnes et appartenant au docteur Johnston, les deux bosses séro-sanguines furent observées également.

Quelle est la cause probable de la mutation de présentation?

La voie la plus sûre pour arriver à élucider cette question consiste à décomposer les divers éléments qui contribuent à rendre fixe la présentation dans le plus grand nombre de cas, et de voir s'il s'est produit quelque irrégularité capable d'expliquer théoriquement le fait clinique.

Les éléments qui contribuent à rendre fréquente la présentation longitudinale par un des pôles de l'ovoïde fœtal sont : la forme du fœtus, celle de l'utérus et sa tonicité à laquelle s'adjoint la tonicité des parois abdominales ; dans les derniers temps de la grossesse, la diminution de l'espace disponible pour les mouvements du fœtus, les rapports qui s'établissent entre le détroit supérieur et la partie qui se présente ; les contractions silencieuses, indolores, de l'utérus. Au moment du travail, la fixité de la présentation est garantie par les contractions utérines et la correspondance établie d'ordinaire entre les diamètres fœtaux et ceux du petit bassin dans lequel plonge le pôle inférieur de l'ovoïde fœtal.

Dans le cas présent, la bosse séro-sanguine existant sur la fesse gauche indiquait clairement qu'au début du travail les rapports entre le contenant et le contenu étaient ceux qu'on rencontre d'ordinaire dans la présentation longitudinale ; il s'agissait d'une présentation du siège. Dans cette présentation, on sait que l'engagement, le temps de descente de la partie fœtale dans le petit bassin se fait plus tard que dans la présentation du sommet ; or les contractions utérines pendant les quatre premières heures, bien que fréquentes, n'avaient pas été énergiques, et l'enfant étant bien développé, gros, puisqu'il pesait près de 4 kilogrammes, il n'y avait pas eu engagement de la présentation, ainsi que le prouve la bosse séro-sanguine de la fesse gauche qui ne s'étend pas sur les organes génitaux, ce qui s'observe dans le cas d'engagement dans l'excavation. En outre, la direction des contractions utérines, qui se confond habituellement avec la direction de l'axe longitudinal du fœtus et celle de l'axe pelvien, avait été déviée par suite de ce fait que le fond de l'utérus était déjeté fortement vers le côté droit.

Le pôle inférieur du fœtus devait donc être poussé vers la fosse iliaque gauche avant de l'être vers le détroit supérieur ; c'est ce qui arriva, malgré l'écoulement du liquide amniotique.

A toutes ces causes adjuvantes, il est bon d'ajouter les suivantes : pluriparité de la femme, rupture prématurée du sac, volume de la présentation, nature des contractions utérines (*Imparziale*, nº 12).

MARIUS REY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 octobre 1882. — Présidence de M. BLANCHARD.

PHYSIOLOGIE. — SUR L'ACTION CONVULSIVANTE DU CURARE. Note de M. COUTY, présentée par M. Vulpian.

On sait depuis longtemps, dit l'auteur, que le curare peut déterminer, avant les accidents de paralysie, des troubles divers d'excitation ; mais, si l'on excepte un de ces troubles, la salivation, on n'a pas insisté beaucoup sur la valeur de ces phénomènes et sur leur mécanisme.

En utilisant, sur des chiens, des extraits peu actifs de *strychnos triplinervia*, ou de petites doses de certains produits des Indiens, il a pu isoler complètement ces symptômes, si bien que l'animal présentait pendant dix et vingt minutes une phase nouvelle de l'intoxication.

Les faits qu'il a ainsi observés montrent qu'au début de l'intoxication les appareils musculaires ou glandulaires présentent divers symptômes de stimulation, complètement différents des symptômes de paralysie observés plus tard, comme aussi ils renseignent sur le mécanisme central et médullaire de quelques-uns des troubles primitifs de cette intoxication.

En résumé, le curare n'est pas seulement un poison paralysant, il est encore et en premier lieu légèrement convulsivant : le curare n'est pas uniquement un poison périphérique, il est aussi, dans une certaine mesure, un poison des centres nerveux, et l'on ne peut réduire à des termes simples le mécanisme de son action.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — DES PARASITES DU SANG DANS L'IMPALUDISME. Note de M. A. LAVERAN.

Dans une première Note, communiquée à l'Académie le 24 octobre 1881, j'ai annoncé que j'avais trouvé à Constantine, dans le sang des malades atteints d'impaludisme, des parasites dont j'ai donné une description sommaire. Depuis lors, des faits nombreux sont venus confirmer les premiers ; ces parasites ont été retrouvés par d'autres observateurs et en d'autres lieux. Le nombre des malades dans le sang desquels j'ai constaté la présence de ces parasites est aujourd'hui de 300.

J'ai dit précédemment que, pour observer les parasites de l'impaludisme, il importe d'examiner le sang au début des paroxysmes fébriles et chez des malades qui ne sont pas soumis à la médication quinique.

.... La relation qui existe, entre la présence dans le sang des nouveaux parasites que j'ai décrits et les accidents de l'impaludisme, me paraît indiscutable. En effet, ces parasites, très bien caractérisés au point de vue morphologique, existent toujours dans le sang de malades atteints de fièvre palustre, et ne se rencontrent jamais dans le sang de malades atteints d'affections étrangères à l'impaludisme. La présence de pigment dans le sang a été signalée, d'ailleurs, depuis Frerichs, comme un des principaux caractères de l'impaludisme, et la relation qui existe entre ce pigment et les parasites n'est pas douteuse.

Je ne suis pas encore arrivé à reconnaître, dans le milieu extérieur, les germes dont le développement dans l'économie donne naissance aux éléments parasitaires que j'ai décrits ; il est probable que ces germes existent dans l'air et surtout dans l'eau des localités palustres, sous la forme de granulations très difficiles à déterminer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET

La correspondance comprend :

1º Une note de M. le docteur Netter, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy, intitulée : *Lettre sur les rémissions naturelles dans le cours de la fièvre typhoïde et sur l'action nocive du sulfate de quinine dans cette maladie.* (Commission des épidémies.)

2º Un travail de M. le docteur Lombard, médecin à Aubagne (Bouches-du-Rhône), contenant les observations des cas de fièvre typhoïde qui ont eu lieu pendant les années 1877, 1878, 1879 et 1880, à Plourac (Hérault). (Commission des épidémies.)

3° Un travail de M. Burcq sur les propriétés parasiticides et antiseptiques du cuivre

M. le Président annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de physique et de chimie médicales, en remplacement de M. Bussy.

— Eaux minérales. — M. Gauthier, au nom de la Commission des Eaux minérales, lit plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— Etranglement interne. — M. Le Fort fait une communication ayant pour titre : Etranglement interne causé par une bride ; laparotomie ; guérison.

Le chirurgien, en présence d'une obstruction intestinale par volvulus, par invagination ou par des brides, doit choisir entre l'entérotomie et la laparotomie. M Le Fort donne la préférence à la laparotomie parce que seule elle peut remédier à la cause première des accidents.

Il s'agit, dans l'observation actuelle, d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint depuis sept jours d'un étranglement interne. En 1877, ce malade avait eu une péritonite suraiguë qui avait pu laisser des brides ou des adhérences. Lorsque M. Le Fort vit ce jeune homme pour la première fois, le 1er juin au soir, il se trouva en présence d'un moribond ; pouls petit, sueurs froides, vomissements fécaloïdes, ventre distendu, ballonné, etc. Il procéda aussitôt à l'opération avec l'aide des docteurs Tachard et Ducor. Incision sur la ligne blanche de 15 centimètres, examen successif des anses intestinales jusqu'à ce qu'on se trouve en présence de la portion qui était le siége de l'obstruction ; vers la fosse iliaque droite se trouvait une petite tumeur formée par l'agglomération de l'intestin ; une anse intestinale s'engageait dans un trou fort étroit, une sorte d'anneau fibreux très résistant, formé par des adhérences organisées ; la bride fut sectionnée et l'intestin aussitôt dégagé. Il fut réduit et la plaie fut fermée par sept points de suture profonde et une dizaine de points de suture superficielle. Dans la nuit, selle abondante, très fétide. Peu à peu les accidents disparaissent et le malade guérit rapidement malgré une imprudence qui fit manquer quelques points de suture.

La méthode dite antiseptique ne fut pas employée. Le pansement consista en compresses trempées dans l'alcool camphré.

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.—M. Legouest tient à remercier M. Lagneau d'avoir innocenté les médecins militaires des méfaits de la fièvre typhoïde, mais il tient aussi à lui dire qu'il n'est pas absolument dans le vrai lorsqu'il avance qu'il n'est pas tenu compte des observations que peuvent faire ces médecins sur l'hygiène des troupes. Il rappelle les diverses améliorations apportées à l'hygiène du soldat par l'administration de la guerre, sur les propositions des médecins militaires, notamment : la loi de 1856 sur la statistique médicale de l'armée, régulièrement établie depuis vingt-cinq ans et qui a fourni à l'hygiène publique d'utiles renseignements; la prophylaxie des épidémies de variole, les instructions ministérielles provoquées par le Conseil de santé pour régler les vaccinations et les revaccinations dans l'armée, etc.; les progrès introduits dans l'hygiène alimentaire, dans l'hygiène privée et les soins de propreté, installation de lavabos dans les casernes, de douches et d'affusions, etc.

Arrivant à un point capital en hygiène, M. Legouest distingue les anciennes casernes et les casernes neuves, celles notamment du système dit Tollet, et montre que les nouvelles casernes sont généralement bonnes, bien situées et aérées et suffisamment grandes.

Quant aux anciennes casernes, il en est d'excellentes, de médiocres et de mauvaises. Mais on n'a pas laissé sans remède les fâcheuses dispositions de ces dernières. On a établi partout des moyens de ventilation des chambrées, partout on a désinfecté les latrines, établi les systèmes nouveaux.

Aujourd'hui, sous la menace d'une épidémie, les hommes sont astreints à porter une ceinture de flanelle, une ration extraordinaire de vin leur est allouée, les exercices sont réduits au minimum, les casernes sont évacuées en partie ou même en totalité, pour le campement sous tentes.

La dissémination du nombre des habitants des casernes, l'évacuation et la dissémination demandées par les médecins militaires sont si bien acceptées par le commandement, que celui-ci applique souvent ces mesures *proprio motu*.

M. Legouest exprime ensuite sa pensée sur l'accusation portée par certaines villes contre leurs garnisons de donner à la population civile la fièvre typhoïde.

D'après ce qu'il a vu, depuis plus de douze ans qu'il parcourt la France comme inspecteur du service de santé, au lieu de dire que la population militaire donne la fièvre typhoïde à la population civile, il faut dire que les troupes sont la pierre de touche de la salubrité des villes, parce qu'elles réunissent et condensent toutes les conditions de réceptivité du mal, conditions disséminées dans les populations civiles, et, pour être aussi près que possible de la vérité, il convient d'admettre que les deux populations s'influencent réciproquement.

M. Legouest répond encore à ce qui a été dit relativement à ce qui se fait à l'étranger et à ce qu'a dit M. Lagneau des témoignages des engagés conditionnels, qu'il ne met pas en doute, et il termine en ces termes :

Je ne dirai pas que tout est parfait, mais je dirai : Il est malaisé de résoudre administrativement des questions médicales. Les améliorations quelles qu'elles soient, dans l'armée comme ailleurs, sont l'œuvre du temps, de l'argent, de la persévérance et de la bonne volonté. La bonne volonté du commandement ne nous fait pas défaut, et l'administration de la guerre n'a pas laissé que d'accéder souvent à nos demandes.

J'ai pensé, pour la justice d'abord et pour la vérité, qu'il était utile de dire tout ici, afin que les familles dont les membres sont appelés sous les drapeaux, se rassurent et sachent que leurs enfants sont soignés dans la limite du possible actuel, et qu'ils sont l'objet d'une vigilante sollicitude.

— M. Hérard vient répondre à l'appel qui a été fait aux chefs de service relativement à l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde. Il déclare tout d'abord ne pouvoir fournir aucun élément pour la solution de la question d'étiologie. Il laisse ce soin aux hygiénistes et se bornera à la question de thérapeutique.

Le problème de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, dit M. Hérard, est ardu et difficile ; il ne saurait se résoudre par des chiffres de statistique, tant à cause de la diversité des formes de la maladie qu'à cause de sa tendance, dans un grand nombre de cas, à la guérison spontanée. Il faut, en outre, dans ces études thérapeutiques, se défier d'un enthousiasme ou d'un scepticisme exagérés. Que de fois n'a-t-on pas attribué l'honneur de la guérison à un médicament qui, en réalité, avait été sans aucune influence ! En cas d'épidémie, il faut tenir grand compte du génie épidémique ; en effet, il en est dans lesquelles tout réussit ; il en est d'autres, au contraire, où tout échoue. L'épidémie actuelle paraît être de moyenne intensité; à côté de cas très graves, il en est un plus grand nombre où la maladie suit un cours parfaitement régulier et bénin. La forme ataxique est très rare ; par contre, il y a souvent des complications pulmonaires, des congestions pouvant aller jusqu'à la broncho-pneumonie. Les éruptions sont habituellement légères ; il n'y a pas eu d'escarres. Jusqu'ici, le meilleur mode de traitement consiste dans une alimentation légère, les purgatifs et les toniques.

Vingt-neuf malades atteints de la fièvre typhoïde sont entrés en août et septembre, dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu ; vingt-huit en octobre ; sur ces vingt-huit typhoïdiques, un seul décès ; deux encore gravement atteints. Un autre malade est entré présentant l'aspect extérieur du choléra. M. Hérard diagnostique une péritonite avec perforation intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde. L'autopsie a confirmé ce diagnostic.

Arrivant ensuite aux diverses médications mises en usage, M. Hérard dit avoir continué la pratique de M. Joffroy, qui l'avait remplacé dans le mois d'août et de septembre, pratique consistant à administrer le sulfate de quinine à hautes doses, c'est-à-dire à la dose de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce qui a surtout frappé dans l'emploi de cette médication, c'est la facilité avec laquelle les malades supportent cette dose de 3 grammes de sulfate de quinine ; la céphalagie, les vertiges n'en sont pas augmentés ; les bourdonnements d'oreilles ne sont pas plus accusés ; la température s'abaisse notablement ; quelquefois la chute de la température est moins considérable, mais elle est progressive ; le pouls s'abaisse également et l'on constate une notable amélioration dans l'état général du malade. Sur six malades traités ainsi, pendant le mois d'octobre, cinq ont guéri ; un seul a succombé à la forme ataxique.

Quoi qu'il en soit, il restera de cette expérimentation ce fait intéressant que les malades supportent très bien des doses énormes de sulfate de quinine. Il en est de même dans certaines maladies infectieuses, en particulier dans la fièvre puerpérale. M. Hérard cite, à cette occasion, l'observation suivante : Une femme accouche le 2 octobre, elle tombe malade le 4 et entre à l'Hôtel-Dieu le 6 avec tous les symptômes d'une périmétrite. Le lendemain 7 la température monte à 38o,8, le 8 dans l'après-midi elle monte brusquement à 41o,8 ; le pouls est à 114, faible, petit ; facies altéré, ventre douloureux ; on administre 3 grammes de sulfate de quinine en trois paquets entre six heures du soir et cinq heures du matin ; le lendemain la température est tombée à 37o,6 ; le pouls à 106 ; le soir elle remonte à 41o ; pendant cinq à six jours on constate les mêmes oscillations, sous l'influence de la même médication, jusqu'à ce que le pouls tombe et reste à 78, la température à 38o. L'état général s'améliore, malgré l'apparition d'une arthrite du coude droit. En résumé, c'est là un exemple d'un des états les plus graves de la puerpéralité, guéri par le sulfate de quinine à hautes doses.

Pour en revenir à la fièvre typhoïde, M. Hérard associe au sulfate de quinine les purgatifs renouvelés de temps en temps, le quinquina, les lotions froides ou les bains frais, les ventouses sèches en grand nombre en cas d'accidents congestifs, le musc et l'opium en cas d'agitation et de délire. Douze malades ont été traités par l'acide salicylique, l'acide phénique ou le salicylate de soude. L'acide salicylique n'a pas toujours été aussi bien supporté que le sulfate de quinine. Cependant, les effets en ont été généralement favorables. Dans trois cas, cette médication s'est montrée exceptionnellement efficace. Dans quelques cas de congestions intenses, M. Hérard a eu recours à l'ergot de seigle, selon la méthode de M. Duboué (de Pau), qui paraît également lui avoir donné d'assez bons résultats.

M. Bourdon fait observer que, si les malades traités par M. Hérard n'absorbaient pas d'acides, la plus grande partie du sulfate de quinine devait se retrouver dans les garde-robes.

M. Hérard répond que tous les malades buvaient de la limonade vineuse.

— M. Dujardin-Beaumetz, s'il s'en rapportait à ce qu'il a observé dans son service, devrait se montrer partisan de l'expectation à main armée. Il a reçu dans son service quatre-vingt-dix-huit malades atteints de la fièvre typhoïde. Il s'est contenté de les purger, de les alimenter, et n'a pas voulu recourir aux méthodes nouvelles. On a cherché, par ces méthodes, à combattre les deux principaux éléments de la maladie, l'hyperthermie et la septicémie. Contre l'hyperthermie, deux médications ont été particulièrement recommandées, les bains froids et le sulfate de quinine. La méthode de Brandt est aujourd'hui complètement abandonnée en France, où l'on n'a pas tardé à reconnaître ses dangers considérables. Quant au sulfate de quinine, M. Baumetz ne saurait admettre qu'on puisse impunément en donner trois grammes dans les vingt-quatre heures. Il faut considérer le thypodique comme se trouvant dans de mauvaises conditions d'absorption. C'est là, suivant lui, une médication chère, inutile et même dangereuse. Deux autres médicaments s'adressent à la fois à l'hyperthermie et à la septicémie, ce sont l'acide salicylique et l'acide phénique. M. Beaumetz a essayé le salicylate de bismuth sans en tirer d'effets bien avantageux. Quand à l'acide phénique, si fort recommandée par M. Desplats (de Lille), aux doses de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, c'est encore là une médication dangereuse, amenant des abaissements très considérables de la température, du collapsus et, partant, favorisant des congestions pulmonaires. On a aussi préconisé le charbon à hautes doses ; c'est un bon moyen de désinfecter les gardes-robes, mais ce moyen n'exerce aucune action sur la marche de la maladie.

La fièvre typhoïde, d'ailleurs, dit en terminant, M. Beaumetz, est une des maladies où le jugement thérapeutique est le plus difficile à prononcer. Il faut tenir grand compte du génie épidémique. Or, à ce point de vue, on peut dire que l'épidémie actuelle est assez bénigne. Sur quatre-vingt-dix-huit malades M. Beaumetz n'a eu à déplorer que quatre décès. Il n'y a pas de médications qui valent de bonnes conditions d'hygiène et de propreté. A ce dernier point de vue, il faut regretter, dans les hôpitaux, l'insuffisance des gardes malades.

M. Blot a été témoin, en 1848 et 1849, des recherches de Beau sur l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses dans les affections puerpérales. Toutes les malades ainsi traitées présentaient le délire quinique et devenaient de véritables folles. La température et le pouls s'abaissaient, mais ces malades n'en succombaient pas moins.

M. Jules Guérin reconnaît qu'il résulte des communications de MM. Hérard et Dujardin-Beaumetz que l'épidémie actuelle es bénigne ; c'est là un fait acquis, rassurant pour la population. Mais il resterait à déterminer quelles ont été la durée moyenne de la maladie, l'époque de la guérison, ses diverses formes, etc., etc.

M. Dujardin-Beaumetz fait observer qu'un grand nombre de malades ont présenté cette forme particulièrement bénigne que les Allemands ont désignée sous le nom de typhus ambulatorius. Ces malades, en effet, tout en ayant la fièvre typhoïde, continuent à aller et venir et à vaquer à leurs occupations.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

M. Verneuil dépose une observation de Longuet (de Bourges), inédite, sur un tic douloureux de la face traité et très amélioré par l'élongation du nerf dentaire inférieur, qu'il est allé chercher par la voie buccale.

M. Chausel fera un rapport.

M. Verneuil dépose encore une observation de Jaccolo, de Lorient : trachéotomie en un seul temps par la voie intercricothyroïdienne.

— M. Monon, à propos du procès-verbal, rapporte une observation de M. Bouilly sur un cas d'hémorrhagie dans un abcès d'ostéomyélite. M. Monod fera un rapport.

A propos de la discussion sur les ouvertures d'artères dans les foyers purulents, M. Monod présente un tableau de divers cas qu'il a pu recueillir, et fait observer que dans tous ces cas il n'y a que deux cas de septicémie.

Voici, du reste, son tableau, divisé en deux parties :

Amygdalites primitives		4
Suppurations secondaires. Fièvre scarlatine. Fièvre typhoïde.	Amygdales	1
	Parotide	2
	Cou	1
	Médiastin	1
	A Reporter	9

		Report...	9
Adénites.	Cou	1 septicémie. / 4 —	5
	Aine.	Simples	1
		Bubons	4
		Gommes	1
Suppurations diverses.	Linguale		4
	Axillaire		2
	Intercostales		1
	Cubitale, radiale		2
	Temporale profonde		1
			30
Abcès par congestion d'origine osseuse			48
Artère poplitée.	Sans séquestre		9
	Par séquestre		5
Fémorale et branches			12
Humérale			2
Nécrose maxillaire inf.	Dentaire		1
	Carotide interne		1
Carie vertébrale.	Artère vertébrale		1
	Aorte		2
Carie du rocher. — Carotide interne			15
			86

Discutant chacun des faits inscrits sur ce tableau, M. Monod fait remarquer que, dans presque aucun de ces, cas on ne peut directement incriminer le chirurgien, pas plus que la méthode chirurgicale employée pour l'ouverture des foyers; dans un cas où il est parlé de drains, et c'est à propos de la poplitée, il est expliqué que l'anse de caoutchouc était nouée derrière.

A propos de 15 cas dus à la carie du rocher, M. Monod rappelle qu'on a accusé de petits séquestres d'avoir causé une perforation de la carotide interne; il rappelle même l'opinion d'Esler en Allemagne, qui croit suffisant le défaut de soutien de l'artère pour expliquer sa rupture.

Quoiqu'il en soit, dit-il en concluant, on est peu fixé sur les causes véritables de l'ouverture des artères dans les foyers purulents. Je compte poursuivre cette étude, et je ferai part à la Société des résultats que je pourrai obtenir.

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Schwartz relative à une fracture compliquée de la voute du crâne; la plaie avait ouvert les méninges, et on trouva dans le fond une substance que le microscope montra être de la substance nerveuse.

Après un mieux de quelques jours, le blessé fit une chute; une encéphalite qui avait semblé s'améliorer éclata de nouveau, et il mourut. Le rapporteur se demande s'il n'aurait pas fallu aller relever les fragments.

Cependant il admet la conclusion de M. Schwartz et propose l'insertion au *Bulletin*, ce qui est adopté.

— La Société vote la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats au titre de membre titulaire. Sont nommés : MM. Marchand, Périer, Pozzi.

— M. Nicaise lit un rapport sur une observation de M. Humbert, d'un kyste tendineux à grains riziformes, traité et guéri par l'ouverture et le lavage phéniqué.

L'auteur fit une incision de trois centimètres sur une tumeur en biseau de la gaîne des fléchisseurs des doigts, excisa les levres de la poche, plaça un drain après lavage et comprima.

Le résultat a été excellent; à peine un peu de diminution de force dans les auriculaires. Le rapporteur se demande si cette absence de suppuration doit faire fatalement redouter la récidive; il ne le pense pas.

M. Desprès demande, pour assurer la guérison, à revoir le malade au bout d'un an au moins.

— M. Terrier, à propos d'une communication faite à la fin de l'an passé par M. Lannelongue sur les arthrites tuberculeuses, s'est occupé de synovites tendineuses tuberculeuses.

Aujourd'hui il est à même de communiquer un fait nouveau.

J'ai publié, dit-il, avec mon interne, M. Verchère, dans la Revue de chirurgie, en juillet, quelques notes sur la synovite tendineuse tuberculeuse. Je rappelle que Lancereaux, le premier, a attiré l'attention sur cette affection, qu'après lui Debove, Bouilly, Janin, interne du professeur Trélat, ont publié des observations. Nous ajoutons trois cas aux précédents; l'anatomie pathologique en a été faite par notre interne, M. Gilson, au Collège de France, sous la direction de M. Malassez, et il a été bien constaté que c'étaient des tubercules.

Nous croyons pouvoir établir que la synovite tuberculeuse présente trois types cliniques :

1o Le type qu'on trouve décrit dans tous les classiques sous le nom de *synovite fongueuse;*

2o Un deuxième dans lequel les fongosités paraissent localisées dans certains points de la synoviale, qui s'ulcère dans ces points; plusieurs gaines sont envahies dans ces cas, et presque toujours le malade est franchement tuberculeux;

3o Un type aigu avec épanchement qui peut, dès le début, faire croire à une synovite purulente; cet épanchement est séreux, se résorbe et est remplacé par des fongosités.

A cause de cette évolution, il y a, je crois, deux pronostics et deux traitements différents, suivant qu'on aura affaire à de la tuberculose locale ou générale.

— M. Berger présente un malade auquel, il y a quatre mois, il a lié l'iliaque externe pour un anévrysme.

Il y a trois ans, ce malade, porteur d'un anévrysme poplité, fut traité par la compression digitale au pli de l'aine; il guérit, mais il se produisit un anévrysme au point où on avait comprimé.

Cet anévrysme, bien que purement artériel, produisit des troubles trophiques; le membre inférieur était couvert d'ecbthyma.

La tumeur remontait au-dessus de l'arcade de Fallope, mais la compresion de l'iliaque externe faisait disparaître les battements. M. Gosselin me confia le soin de lier l'iliaque externe; je fis avec son aide et l'aide de mon ami Farabeuf, l'incision de Cooper en recourbant l'extrémité vers l'ombilic.

L'artère nous parut saine; je la liai soigneusement avec un gros catgut, et, sur le conseil de M. Gosselin, je posai un second catgut comme fil d'attente. Il fut résorbé rapidement.

Aujourd'hui, l'anévrysme est dur et guéri, mais il se produit encore quelques troubles trophiques.

Je mettrai à ce malade un bandage abdominal sur sa plaie J'ai acquis au Bureau central la certitude que les hernies consécutives aux plaies de la paroi sont fréquentes.

— M. Nicaise présente une pièce provenant d'un malade opéré par lui, il y a dix ans, d'une résection sous-périostée de l'humérus, qui avait été brisé par une arme à feu. Ce malade, présenté deux ans après son opération à la Société, fut considéré comme ayant un résultat parfait. Tailleur de pierres, il avait pu continuer sa profession. En changeant seulement ses outils de main, il frappait avec la gauche depuis sa résection. — Le nerf radial avait été sectionné.

Depuis quelque temps il s'était produit des fistules sur son bras, et il présentait en même temps un signe de fausse phthisie décrit par Velpeau chez les gens qui suppurent longtemps. J'ai crû devoir lui désarticuler l'épaule, et depuis il va très bien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz

A l'occasion du procès-verbal, M. Besnier annonce que la Commission d'hygiène hospitalière — encore dans la période de l'enfantement lors de la dernière séance — a été réunie sous la présidence du directeur de l'administration de l'Assistance publique, lequel a déclaré qu'il n'avait jamais eu l'intention d'envoyer des

malades atteints de la fièvre typhoïde dans les baraquements en construction à l'hôpital Lourcine.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — En tous cas, Lourcine était très mal choisi, ne serait-ce qu'en raison de sa réputation comme hôpital réservé aux maladies vénériennes.

M. MARTINEAU ne peut qu'appuyer l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, ainsi que celle émise dans la dernière séance par M. Besnier, en caractérisant de *mauvaise action* le fait de vouloir introduire des typhoïdiques dans un hôpital spécial comme celui dont il est question, non seulement parce que l'on y créait un foyer épidémique, mais encore parce qu'il est impossible d'installer dans un établissement spécial des services généraux.

ÉLECTIONS. — Sur le rapport de M. Desnos, secrétaire général, M. le docteur FRÉMY est admis à l'honorariat, et MM. BARTH et TAPRET sont élus membres titulaires de la Société.

ALBUMINURIE ET GANGRÈNE SYMÉTRIQUE. — M. ROQUES a eu l'occasion d'observer l'année dernière, dans son service de l'Hôtel-Dieu-annexe, un cas de gangrène symétrique chez un sujet atteint d'albuminurie.

Il s'agit d'une femme, âgée de quarante ans, qui entrait à l'hôpital, le 1er décembre 1881, avec tous les signes manifestes de l'asystolie, avec une congestion pulmonaire intense du côté gauche, le foie volumineux et congestionné, et les urines albumineuses se prenant en masse par la chaleur. Les premiers accidents remontaient à près d'une année, c'est-à-dire quelque temps après que cette femme était accouchée d'un second enfant. Depuis trois mois environ, elle se plaignait souvent d'avoir froid aux mains, d'avoir l'onglée, les doigts morts.

Deux ou trois jours après son entrée le gros et le petit orteil du pied droit devenaient froids, pâles, et la sensibilité superficielle y était obtuse; puis les mêmes orteils du pied gauche se prenaient dans les mêmes conditions, tandis que sur les deux membres inférieurs on apercevait bientôt des marbrures violacées, irrégulières, s'étendant depuis la région dorsale du pied jusqu'aux cuisses et même aux lombes.

Les lésions étaient parfaitement symétriques, présentant seulement un caractère moins avancé à gauche.

Bientôt aussi les deux membres supérieurs offraient les mêmes phénomènes, symétriquement développés, et atteignant tous les doigts de la main, le pouce excepté. Dans les premiers jours, la progression ici n'était pas continue comme pour les orteils, on observait au contraire quelques rémissions; mais celles-ci ne furent pas de longue durée et la maladie prit au bout de peu de temps une marche continue, et des escharres apparaissaient sur les doigts.

Quant à l'amblyopie elle était intermittente. L'examen ophthalmologique fut absolument négatif.

Enfin, du 20 au 25 décembre, les lésions des extrémités progressaient assez rapidement, sans aucune rémission; tout traitement restait inefficace et la malade succombait dans un état semi-comateux.

A l'autopsie on trouvait le poumon droit complètement splénisé le cœur très volumineux, le ventricule gauche, surtout, hypertrophié, tandis que sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, on constatait l'existence d'une couronne de végétations villeuses; le foie était congestionné et volumineux; les reins, petits, avaient tous les caractères de la néphrite interstitielle. La rate était saine et les artères radiales et pédieuses, n'étaient le siège d'aucune altération.

M. Roques discute, en terminant, les différentes hypothèses qui pourraient être soulevées au sujet de cette observation, et notamment celle du processus embolique et de l'albuminurie. Il cite le travail de M. Rendu et rappelle le phénomène du *doigt-mort* que l'on observe chez les individus atteints d'affection brigthique, phénomène qui revient par crises plus ou moins fréquentes et d'une durée plus ou moins longue, comme un trouble vaso-moteur pouvant être considéré comme le premier degré de l'asphyxie symétrique des extrémités.

La Société se forme en comité secret à 4 heures 1/2.

VARÈLE.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'ÉTAT DU CŒUR DROIT DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. MARUCHEAU.

Ce sujet n'est pas entièrement nouveau, et dans ces dernières années il a déjà fourni matière à un certain nombre de mémoires et de thèses inaugurales. Le but que l'auteur semble s'être proposé particulièrement a été de déterminer d'une manière plus rigoureuse les conditions pathogéniques de ce retentissement de la tuberculose pulmonaire sur le cœur droit. C'est dans ce but qu'il expose d'abord les symptômes qui, dans le cours des phthisies, peuvent se produire du côté du cœur. Ce sont de véritables phénomènes d'asystolie, semblables à ceux que l'on trouve dans la dernière période des affections valvulaires, et caractérisés également par de la cyanose, de l'œdème des extrémités, des stases veineuses viscérales. Leur apparition correspond à ce que l'auteur appelle *période cardiaque* de la phthisie pulmonaire. Ils reconnaissent pour cause immédiate la dilatation progressive des cavités droites, et celles-ci sont elles-mêmes sous la dépendance des lésions pulmonaires, qui agissent à la façon d'un obstacle interposé sur le trajet des capillaires de l'artère pulmonaire, et apportent une gêne permanente à la circulation dans le champ de cette artère. Pareil mécanisme a du reste été signalé déjà pour les troubles cardiaques consécutifs à certaines affections chroniques des poumons, comme l'emphysème, la bronchite chronique, la sclérose. Et ces troubles ne sont qu'un point particulier dans l'histoire des rapports qui relient les affections du poumon à celles du cœur, et celles du cœur à celle des poumons.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, certaines circonstances paraissent devoir être spécialement incriminées dans la production de ces phénomènes cardiaques. Ainsi la dilatation du cœur paraît devoir être attribuée surtout à des lésions dites accessoires comme les *adhérences pleurales*, la sclérose pulmonaire et l'emphyseme, ce dernier jouant le rôle prépondérant. C'est précisément parce que certaines formes de phthisies présentent ces lésions avec plus de fréquence et à un plus haut degré, que la dilatation cardiaque paraît être aussi plus commune durant le cours de leur évolution : ainsi la phthisie aiguë qui s'accompagne rapidement d'emphysème généralisé, et surtout la forme de *phthisie chronique* que l'auteur appelle *fibreuse* en raison de la tendance spéciale qu'elle présente au développement d'un travail de sclérose péri-tuberculeuse. Dans cette dernière forme de phthisie, la plus *curable* de toutes, l'emphysème peut acquérir un degré considérable, et l'on conçoit facilement que, de son association avec une sclérose plus ou moins étendue, il résulte une gêne considérable à la déplétion des cavités droites. Ce sont là les conditions habituelles de la dilatation du cœur; mais celle-ci peut être provoquée aussi par des causes plus passagères et en quelque sorte accidentelles, comme l'apparition d'une pneumonie, d'une bronchite, d'une poussée de granulie.

Dans le cours de la phthisie commune, à forme chronique

ulcéreuse, la dilatation du cœur se rencontre en revanche plus rarement que dans les formes précédentes. Cette exception pourrait s'expliquer, suivant M. Maruchean, par la localisation et le peu d'importance de l'emphysème, et par la diminution de la masse sanguine déterminée par une cachexie qui est constante. On conçoit l'importance de cette dernière circonstance, car la diminution de la masse du sang entraîne nécessairement une action moindre de la part du cœur, et dès lors la dilatation du cœur n'a plus de raison de se produire. Aussi trouve-t-on souvent, en pareil cas, le cœur plutôt atrophié et revenu sur lui-même que dilaté, la paroi musculaire cardiaque participant elle-même à cet état d'émaciation et d'atrophie qui frappe tous les tissus en raison des progrès de la maladie tuberculeuse.

Dr P. MUSELIER.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

MOUVEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Les chiffres officiels fournis par l'administration au Conseil municipal de la ville de Paris donnent les résultats suivants pour les journées écoulées depuis notre dernier numéro :

	novembre 1882						
	2	3	4	5	6	7	8
Entrées dans les hôpitaux.	69	65	40	23	57	47	44
Sortis après guérison......	74	85	56	41	86	66	82
Décès.	9	13	11	5	11	8	9

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde existant dans les hôpitaux de Paris, le 2 novembre au matin, était de 1967 ; il est aujourd'hui, 9 novembre au matin, de 1756, soit une différence en moins de 211.

D'après les chiffres que nous rapportons ci-dessus, nous voyons que la moyenne a été, pendant les sept jours, de :

49,3 pour les entrées,

9,43 pour les décès,

soit une différence en moins de 6 pour les entrées de chaque jour et une différence en plus de 0,73 pour les décès quotidiens, soit en résumé une légère décroissance pour les entrées, tandis qu'il y aurait augmentation pour les décès dans les hôpitaux de Paris.

Enfin, le nombre des inhumations de sujets typhoïdiques, a été, *en ville*, de 16, 15, 14, 17, 16, 11 et 13 pour les journées des 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 novembre, soit un total de 102 pour sept jours, ou une moyenne de 14,57 par jour, chiffre moindre au contraire que celui de la semaine dernière.

*
* *

ÉPIDÉMIES. — Dernières nouvelles du choléra :

Alexandrie, 8 novembre.

La commission sanitaire a reçu une dépêche de l'inspecteur sanitaire ottoman de la Mecque, laquelle constate 49 décès par suite du choléra le 29 octobre.

*
* *

LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

Paris, le 30 octobre 1882.

Monsieur le recteur,

Le vœu a été plusieurs fois exprimé qu'il fût créé un grade supérieur au doctorat en médecine, sous le nom de doctorat ès sciences médicales. Je vous prie de consulter à ce sujet les facultés de médecine, les écoles de plein exercice, les écoles préparatoires et les conseils académiques.

Pour que les diverses opinions qui seront exprimées puissent être plus facilement comparées, les questions suivantes devront être successivement examinées. Les assemblées de professeurs et les conseils académiques ont naturellement toute la liberté d'étendre ensuite la discussion et d'exposer tel système qui leur paraîtra convenable.

1° Utilité, au-dessus du doctorat en médecine, qui est surtout un grade professionnel, d'un grade supérieur supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, les études plus personnelles et plus originales ;

2° Outre le doctorat en médecine, quelles exigences pourrait-on imposer aux candidats au doctorat ès sciences médicales (internat, prosectorat, concours des hôpitaux, grades pris dans les facultés des sciences, etc.) ? — Quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données ?

3° Comment devraient être constituées les épreuves ?

I. Devraient-elles être précédées d'une scolarité fixe ou exiger seulement des connaissances spéciales que le candidat aurait acquises en pleine liberté ? — Quelles devraient être les épreuves ? Une double thèse originale suffirait-elle ? — Cette double thèse devrait-elle être accompagnée d'interrogations sur d'autres sujets ? — Une des thèses pourrait-elle être remplacée par des propositions que choisirait la faculté ?

II. Y aurait-il lieu d'exiger du candidat qu'il prît chacune des thèses dans des ordres différents d'études correspondant aux divisions actuelles de l'agrégation ? Pourrait-il se borner à un seul ordre d'études ?

Les conditions seraient-elles les mêmes pour les sciences anatomiques et physiologiques, pour les sciences physiques et naturelles, pour la médecine proprement dite et la médecine légale, pour la chirurgie et les accouchements ?

En résumé, quels seraient les moyens de donner à ce grade nouveau une haute valeur scientifique ?

4° Le doctorat ès sciences médicales devrait-il être exigé des candidats à l'agrégation ? Prévoit-on qu'il modifierait les conditions de ce concours en les simplifiant, et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même du concours de l'agrégation, question qui a été mise à l'étude et sur laquelle les facultés de médecine ont exprimé des avis différents ? — Ce grade devrait-il être exigé des caddidats aux suppléances pour les écoles de plein exercice et préparatoires ? — Dans quelle mesure pourrait-il remplacer les concours et permettrait-il de modifier les conditions de recrutement en usage au jourd'hui dans ces écoles ?

*
* *

ENQUÊTE SUR LA SITUATION ACTUELLE DES ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE ET DES ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE. — Dans une circulaire adressée aux recteurs, en date du 4 novembre, le ministre de l'instruction publique indique plus particulièrement les points suivants sur lesquels devra porter l'enquête qu'il réclame de la part des Ecoles, des Facultés et des Conseils académiques.

1. Situation matérielle des écoles. — Convenance des locaux. — Salles pour les travaux pratiques. — Organisation de ces travaux. — Sujets pour l'anatomie. — Service des cliniques. — Nombre des opérations chirurgicales. — Internat. — Combien d'officiers de santé et de pharmaciens de seconde classe reçoit l'école ? — Combien d'étudiants prépare-t-elle au doctorat, au grade de pharmacien de première classe ? — Nombre des élèves. — Que manque-t-il à l'école comme moyens d'enseignement ? — Comment serait-il possible de fortifier cet enseignement, d'augmenter le nombre des élèves et de les retenir ? — Quel concours l'école pourrait-elle trouver auprès de la Faculté des sciences ? — Opinion sur ces questions des présidents de jurys qui ont été siéger dans les écoles.

2. — Quel est aujourd'hui le rôle des écoles par rapport aux fa-

cultés; que doit-il être? — Quelle partie des études peut être faite le plus utilement dans ces écoles? — Quelles modifications serait-il nécessaire d'apporter à la réglementation actuelle? — Modifications de détail. — Modifications plus générales:

3. — Quels sont les avantages et les désavantages du mode de recrutement actuel des suppléants nommés au concours? — Que propose l'école ou la faculté?

4. Quelle action exerce sur les études la préparation à l'officiat de santé et au grade de pharmacien de deuxième classe?

5. — Quels changements pourraient être apportés, dans l'intérêt général des études, aux conditions de la scolarité et au droit des écoles en matière d'examen?

***

UNIVERSITÉ DE FRANCE. PERCEPTION DES DROITS UNIVERSITAIRES.— L'affiche suivante a été placardée sur les murs de la Faculté de médecine de Paris :

Vu le décret du 25 juillet 1882, aux termes duquel le service financier des Facultés et établissements d'enseignement supérieur est confié, à Paris, à un receveur spécial placé sous les ordres du ministre des finances, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts arrête ce qui suit :

ART. 1er. — A partir du 1er octobre 1882, les droits et produits universitaires seront reçus à Paris à la caisse du receveur spécial institué par le décret du 25 juillet 1882, sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté ou de l'établissement d'enseignement supérieur et indiquant les noms et prénoms du débiteur, la somme à percevoir et l'acte scolaire auquel elle se rapporte.

Les bulletins de versement seront détachés d'un registre à souche et porteront un numéro d'ordre, dont la série, pour chaque année scolaire, devra être suivie sans interruption.

ART. 2. — Le receveur des droits universitaires délivrera à la partie versante une quittance détachée d'un journal à souche et rappelant, outre le numéro d'ordre du bulletin de versement, toutes les autres indications y contenues. Cette quittance servira aux étudiants à justifier, auprès du secrétaire, du versement des droits auxquels ils sont assujettis.

. . . .

ART. 4. — Les familles des étudiants qui suivent les cours des établissements d'enseignement supérieur de Paris ont la faculté d'effectuer, aux caisses des trésoriers-payeurs généraux et des receveurs des finances, dans les départements, le versement de tous les produits à recouvrer par le receveur des droits universitaires. Ces versements auront lieu sur la production des bulletins de versement mentionnés à l'article I, et il en sera délivré des récépissés à talon, que les ayants-droit produiront au secrétaire aux lieu et place des quittances à souche prévues par l'article 2.

. . . .

ART. 8. — Le remboursement des consignations aura lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, sur la production par l'ayant-droit : 1o de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif de son versement; 2o d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté ou de l'École, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés.

AVIS IMPORTANT. — Les bureaux du receveur des droits universitaires sont établis à Paris, rue Saint-Jacques, 55, à proximité du boulevard Saint-Germain. Les bulletins de versement dont il est fait mention à l'article I de l'arrêté ministériel ci-dessus, doivent être présentés, à la recette des droits universitaires, autant que possible le jour même où ils sont délivrés.

Le ministre des finances a adressé, de son côté, la circulaire ci-après, qui porte la date du 29 septembre, aux receveurs des finances:

« Monsieur, ainsi qu'il est expliqué dans ma circulaire du 7 septembre courant, les familles des étudiants qui suivent les cours des établissements d'enseignement supérieur de Paris ont la faculté d'effectuer aux caisses des trésoriers-payeurs généraux et des receveurs particuliers le versement de tous les produits à recouvrer par le receveur des droits universitaires. Il importe également que les receveurs des finances prêtent leur concours pour le remboursement des consignations, afin que les familles des étudiants qui habitent les départements puissent toucher, sans frais ni déplacement, les sommes qui leur sont restituées. Ce point de service est réglementé comme suit :

1o Aux termes de l'art. 8 de l'arrêté ministériel du 25 juillet 1882 « le remboursement des consignations aura lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, sur la production par l'ayant-droit : 1o de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif de son versement; 2o d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la faculté ou de l'école et énonçant les motifs de la restitution des droits consignés. »

Les receveurs des finances appelés à effectuer des remboursements de consignations pour le compte du receveur des droits universitaires devront dès lors exiger la production des deux pièces ci-dessus.

2o Les ordres de remboursement devront toujours être délivrés par le secrétaire au nom du véritable ayant-droit ou créancier réel, c'est-à-dire au nom :

De l'étudiant, si c'est lui qui a consigné les droits à rembourser, mais à la condition qu'il soit majeur et apte à souscrire une quittance valable;

Du représentant légal de l'étudiant, si la consignation a été faite par un mineur;

De la partie versante, si les fonds ont été versés par une personne autre que l'étudiant, soit majeur, soit mineur.

3o Lorsque l'ayant-droit n'habitera pas Paris, l'ordre de remboursement devra être présenté par le secrétaire de la faculté ou de l'école à la recette centrale de la Seine, qui y apposera une mention ainsi conçue : Vu bon à payer pour le compte du receveur des droits universitaires de Paris par le trésorier général du département d   ou par le receveur particulier de l'arrondissement d

De leur côté, les receveurs des finances pourront faire acquitter les ordres de remboursement par les percepteurs, lorsque les ayant-droit en exprimeront le désir.

4o Chaque dizaine, les ordres de remboursement acquittés dans les départements seront adressés par les trésoriers-payeurs généraux au receveur central de la Seine, avec un bordereau détaillé, et ce comptable en couvrira ses collègues en son mandat sur le Trésor.

J'invite les comptables à assurer l'exécution ponctuelle des dispositions ci-dessus. »

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 26 OCTOBRE AU JEUDI 2 NOVEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 173. — Variole 5. — Rougeole 5. — Scarlatine 0. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup 29. — Dysenterie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Phthisie pulmonaire 180. — Autres tuberculoses 6. — Autres affections générales 71. — Malformation et débilité des âges extrêmes 65. — Bronchite aiguë 20. — Pneumonie 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 52, — au sein et mixte 39. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 86. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 62. — de l'appareil digestif 46. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 1077 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 46 18 NOVEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 16 novembre 1882.

OUVERTURE DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LES MALADIES INFECTIEUSES, par M. le professeur JACCOUD

M. le professeur Jaccoud a commencé son cours de pathologie interne samedi dernier, à 3 heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, devant un nombreux auditoire qui lui a fait à son entrée le plus chaleureux accueil.

Le cours de cette année sera consacré à l'étude des maladies infectieuses et des maladies générales.

Mais, avant d'aborder l'étude détaillée des maladies infectieuses, l'éminent professeur a voulu donner à ses auditeurs, dans une leçon d'ensemble, un aperçu général de ses idées personnelles sur la place nosologique de l'infection, sur son origine et sa nature. Toutes ces considérations présentaient un haut intérêt d'actualité ; les magnifiques travaux de M. Pasteur ont fait envisager l'idée d'infection sous une face toute nouvelle et divisé les pathologistes en deux camps : les uns, pleins d'enthousiasme, se fondent sur les faits acquis pour faire une généralisation d'emblée ; les autres, se mettant en garde contre les séductions de la théorie des germes, lui font un procès de tendance ou une opposition doctrinale. Il était donc intéressant au premier chef de connaître le sentiment de l'un des professeurs de pathologie interne de la Faculté de Paris sur ces questions brûlantes qui passionnent actuellement le monde scientifique ; aussi croyons-nous devoir donner à nos lecteurs une analyse de cette leçon.

L'idée d'infection, dit M. Jaccoud, est d'ordre purement étiologique. Sur ce terrain univoque, on ne saurait donc mieux comparer les maladies infectieuses qu'aux maladies toxiques. Dans la maladie toxique, un poison déterminé engendre une série de troubles morbides constituant une maladie à évolution uniforme ; la cause est spéciale et en quelque sorte individualisée. Entre elle et son effet, il existe un rapport constant, si bien que la nature de la cause peut être reconnue de par son effet, même si l'on n'a pas assisté à l'introduction du poison.

Dans la classe des maladies toxiques, les maladies par poisons animaux présentent quelques caractères particuliers qui ont un grand intérêt au point de vue que nous poursuivons. Ces caractères, les voici : 1o le poison disparaît dans l'organisme, il ne peut y être retrouvé et n'est reconnaissable qu'à ses effets ; 2o la spontanéité organique se manifeste d'une manière beaucoup plus accusée dans la production des symptômes qui n'ont plus l'identité constatée dans les maladies par poisons minéraux ; 3o la question de dose a une importance presque nulle, l'action persistant avec des doses parfois infinitésimales ; 4o le poison animal ou venin, une fois séparé de l'animal qui le produit, ne peut être objectivement distingué du liquide organique le plus innocent ; il ne se révèle que par ses effets sur l'organisme vivant.

Que la maladie soit toxique ou infectieuse, c'est la notion étiologique qui, à défaut de base anatomique, fournit l'élément capital de la classification. Mais dans la maladie infectieuse, il

---

FEUILLETON

Lettre de Danemarck

par M. le professeur BRANDES (1),

Médecin à l'Hôpital général de Copenhague.

Les hôpitaux de Copenhague et l'isolement des maladies contagieuses. — Mortalité dans la variole, la diphtérie et la fièvre typhoïde. — Extension de la diphtérie. — Du traitement de la paralysie agitante et de quelques tremblements symptomatiques par les applications de glace à la nuque.

Notre capitale, Copenhague, située au bord de la mer, est une ville très saine. D'après le bulletin annuel de l'état sanitaire, la mortalité n'a été en 1881, que de 21,45 par mille habitants ; et ce nombre a diminué en les cinq dernières années. Je sais très bien qu'il faut être réservé dans tout ce qui concerne la statistique de la mortalité, et surtout qu'il faut se garder d'attribuer à une seule cause la diminution constatée durant quelques années. La mortalité dépend, en grande partie, des épidémies et nous ne savons presque jamais pourquoi une épidémie est grave ou légère, ou pourquoi elle est de longue ou de courte durée ; mais si l'on trouve la diminution à côté des moyens préventifs qu'on a employés, on a bien le droit de penser que cette diminution, au moins pour une partie, est motivée par ces moyens préventifs. Ainsi, je pense que la construction d'un hôpital spécial pour les maladies épidémiques et contagieuses a eu son influence pour prévenir le développement des épidémies dans la ville de Copenhague.

Cet hôpital, dénommé Hôpital de Blegdam, est situé au dehors de la ville dans une plaine qui appartient à la commune de Copenhague ; il consiste en baraques massives ; chaque pavillon renferme 24 lits. On a fait beaucoup pour la ventilation, qu'on a établie suivant différents systèmes. Le système de ventilation de M. Thomsen, professeur de chimie à l'Université de Copenhague,

(1) M. le professeur Brandes, que nous compterons désormais parmi nos collaborateurs, a bien voulu se charger du soin de tenir la GAZETTE MÉDICALE au courant des choses de la médecine dans un pays lié avec le nôtre par les liens d'une étroite sympathie.

y a plus, au point de vue étiologique, qu'une question d'importation et de transmission de poison. La présence ignorée de celui-ci dans des milieux qui n'ont pas les caractères ordinaires des milieux infectieux, est une circonstance dont il faut tenir grand compte.

Par exemple, on ne prend pas toujours la malaria dans un marais, et des conditions accidentelles peuvent créer de toutes pièces un milieu morbigène semblable au milieu naturel. Et M. Jaccoud cite encore à l'appui de cette thèse l'exemple suivant : Une épidémie de fièvre typhoïde éclate dans un village voisin de la ville de Furth, indemne jusque-là de toute épidémie de ce genre ; il était impossible, en outre, de suspecter la transmission ou l'importation. Fronmüller incrimine l'eau d'un certain réservoir ; on l'analyse et l'on ne trouve rien. Persistant dans son idée première, malgré la négation de l'analyse, le médecin fait vider le réservoir ; au fond, il y avait une accumulation de matières fécales, et tout autour de l'enceinte détruite, on trouva des infiltrations anciennes provenant de fosses d'aisances voisines et formant une couche putride en communication avec ce réservoir.

La conclusion est forcée : quand dans une maladie infectieuse on ne trouve pas la source du poison, il ne faut pas conclure par cela seul à sa non-existence ni à sa formation spontanée, mais soupçonner d'abord sa présence ignorée. C'est pourquoi chercher ce qui réveille, ce qui engendre, ce qui active les poisons infectieux, voilà qui constitue actuellement la tâche la plus urgente de l'étiologie. Rechercher le premier poison, c'est une tentative louable, mais d'une difficulté analogue à la recherche de la première molécule d'arsenic, de la première feuille de digitale.

Voici venir maintenant des différences fondamentales qui séparent les maladies infectieuses des toxiques.

Dans les premières, l'effet ne suit pas immédiatement l'absorption, cet effet est tardif et précédé d'une période d'élaboration silencieuse nommée incubation. Puis, l'action du poison infectieux n'est pas constante : pour que cette action se produise, l'organisme doit être en état de réceptivité ou pour mieux dire, *d'opportunité morbide ;* celle-ci est innée et permanente ou accidentelle et temporaire. De plus, le même agent présente dans les manifestations de ses effets de nombreuses variétés; de la variole discrète à la confluente, du typhus levissimus au typhus grave, toutes variétés dépendant de la spontanéité organique. Une première atteinte confère le plus habituellement une immunité contre la maladie, et les exceptions à cette règle sont trop rares pour qu'elles puissent l'infirmer. Enfin, tandis que le poison naturel épuise son activité sur l'organisme qu'il frappe, le poison infectieux est régénéré par cet organisme même et diffusé dans ses excreta, de façon qu'il peut atteindre d'autres êtres vivants; en un mot, il est transmissible ; la malaria seule fait exception. Ces maladies qui font souche, méritent seules le nom de maladies spécifiques et c'est dans cette unique acception qu'on doit entendre le mot de *Spécificité*.

Mais ce poison infectieux, quelle est son origine, sa nature, et comment agit-il ?

Son origine est triple : il vient de l'organisme malade et constitue le produit de la spécificité morbide, origine de seconde étape ; il vient du sol d'où il peut gagner l'atmosphère et les eaux ; il vient de l'atmosphère.

Sa nature, autrefois si mystérieuse, tend à s'éclairer depuis les travaux récents sur les micro-organismes, travaux au premier rang desquels il faut placer ceux de M. Pasteur. Le poison morbide est lié à la présence des organismes inférieurs qui, en toute circonstance, *accompagnent* les altérations de la matière.

Quels sont ces organismes? Ce sont des végétaux, des champignons rudimentaires, ils appartiennent au groupe des Bactériens dans la classe des Schizomycètes ; leurs dimensions ultra-microscopiques ne permettent de les apercevoir qu'aux plus forts grossissements. Leur nutrition est endosmotique ; leur reproduction a lieu par scissiparité. On peut en distinguer actuellement cinq genres principaux : G. Micrococcus, G. Bacterium, G. Bacillus, G. Spirillum, G. Vibrio.

Comment agissent ces micro-organismes? Par leur activité propre et par leur pullulation. Au mode normal de la vie, ils substituent le mode anormal; de la lutte pour l'existence entre le microbe et l'organisme récepteur, naît la maladie. Voilà qui éclaire le mystère des périodes d'incubation ; la fièvre s'allume et les symptômes naissent quand les bactériens, par leur croissance et leur multiplication, ont créé dans les liquides organiques assez de matériaux pyrétogènes. La résistance de l'organisme limite la durée de l'incubation ; cette résistance peut être assez grande pour s'opposer à la vie et au développement des parasites, ce qui donne la raison scientifique de l'inconstance de leurs effets.

---

nous a donné les meilleurs résultats. Cet hôpital a permis de constater plusieurs fois, au début d'une épidémie, qu'il était possible d'en arrêter le développement, en se hâtant d'y porter de suite et rigoureusement tous les malades. Ainsi, au mois du mai de l'année passée (1881), une épidémie de variole, qui commençait à se développer dans un de nos hôpitaux, appelé Fredricks hospital, a été arrêtée en amenant les malades qui avaient la variole confirmée à l'hôpital mentionné de Blegdam On y a conduit, non seulement ces malades, mais aussi des individus qu'on soupçonnait d'avoir été contagionnés, et dont on a suivi l'observation. Le résultat a été que sur 88 cas de cette maladie on n'a eu que 4 morts.

La maladie contagieuse qui, dans les dernières années, a causé la plus grande mortalité, est la diphthérie. C'est surtout dans les trois dernières années qu'elle a été la plus fréquente, et elle paraît avoir coïncidé avec une épidémie de scarlatine.

A Copenhague, les médecins (il y a pour 246,000 habitants 194 praticiens) sont obligés de donner chaque semaine un bulletin des nouveaux cas de maladie qui ont un caractère épidémique ou contagieux. Par ces bulletins, publiés chaque semaine sous la direction M. Schleisner, médecin en chef de l'administration communale de Copenhague, on voit l'extension de chaque maladie, ainsi que sa gravité, en comparant ces chiffres avec les chiffres du bulletin hebdomadaire des décès. Ainsi, pour la diphthérie, les médecins ont indiqué 1046 cas avec une mortalité de 125 dans l'année 1881.

L'année dernière, l'épidémie gagnait, au grand détriment du plaisir des Copenhaginois, les beaux endroits dans les environs de Copenhague, au bord de la mer, où les habitants s'en vont en villégiature.

Tandis que la diphthérie a augmenté pendant la dernière vingtaine d'années, la fièvre typhoïde a diminué, et on peut clairement voir, en faisant l'histoire de la fièvre typhoïde à Copenhague, que cette maladie a diminué après que l'eau de la ville est devenue meilleure, plus fraîche et plus saine ; ainsi il n'y a eu que 40 décès de fièvre typhoïde pendant toute l'année 1881.

Mais quittons la statistique et venons un peu à la médecine pratique. Vous savez que la paralysie agitante est une des maladies les plus pénibles, autant pour les malades que pour les médecins ;

Les bactériens en état de mort apparente, devenus inetres quant à leurs effets, penvent revenir à la vie et à la nocuité s'ils sont placés dans des milieux plus favorables à leur évolution; cette notion nous instruit sur la cause de la fluctuation des épidémies, de leur extinction et de leur réapparition dans le même milieu. Les circonstances sous l'influence desquelles les microbes se revivifient ou redeviennent inertes, constituent l'*opportunité cosmique*. On conçoit combien les acquits véritables que l'on doit à cette théorie des germes peuvent être fructueux pour la pratique.

Mais autant l'on doit saluer avec enthoueiasme les connaissances certaines, autant l'on doit se défier de l'exclusivisme prématuré. Les exclusivistes disent: la bactérie est tout dans la maladie infectieuse; elle seule a le pouvoir de l'engendrer à l'exclusion de tout autre élément associé. Pourtant, bien des expériences émanant de ceux-là mêmes qui ont soutenu la théorie bactérienne, n'ont-elles pas montré que les liquides où vivent les microbes ont parfois aussi des propriétés infectieuses? Et puis, que de maladies infectieuses où l'on n'a pas encore trouvé de bactéries! Donc, si l'on est en droit d'accuser les microbes d'être les agents infectieux là où on les trouve, rien n'autorise encore à les regarder comme tels là où on ne les a pas rencontrés; de telle sorte que la bactérie peut être considérée comme l'agent habituel des infections, mais qu'elle ne peut pas être envisagée comme leur agent exclusif.

La diversité des maladies infectieuses a conduit les partisans de la doctrine à admettre autant d'espèces de microbes que de maladies. Mais rien n'est moins prouvé: aucun caractère tiré de la forme, rien d'objectif ne sépare les microbes d'une manière absolue: entre le spirille de la fièvre à rechute et ceux que l'on a trouvés dans d'autres maladies, ou même dans des états normaux, pas de différence optique sensible; rien non plus qui sépare objectivement la bactérie vaccinale de la variolique, et pourtant quels écarts dans les effets!

« (1) Bref, les propriétés spéciales des bactéries ne sont pas liées à des caractères morphologiques distincts, elles ne se décèlent que par leurs effets, c'est-à-dire quand il est trop tard; l'organisme vivant en est le réactif nécessaire et le révélateur indispensable.

« D'où viennent donc ces propriétés spéciales? uniquement de l'origine, Messieurs.

« Ce n'est pas une bactérie quelconque qui est infectante; ces organismes sont répandus à profusion dans tous les milieux avec lesquels l'homme est en rapport, et, s'il suffisait de les absorber pour être frappés de maladie infectieuse, nous en serions tous atteints, et comme on l'a dit déjà avec toute raison, nous mourrions tous de bactérisation; que d'expériences démontrent l'innocuité de ces bacteries banales dont nous sommes entourés! Ce qui rend la bactérie infectante c'est sa provenance, et non pas une efficacité à elle inhérente en tant que bactérie. De ces faits résulte cette conséquence majeure jusqu'ici méconnue, c'est que les propriétés infectantes des bactériens sont des propriétés d'emprunt, issues du milieu spécial où ils ont végété; la bactérie provenant d'un varioleux ou d'un diphthérique a par suite une action infectante qui manque totalement à la bactérie similaire dont l'origine est autre, mais c'est là, je le répète, une vertu de seconde étape, issue du milieu originel: l'individu infecté par le poison variolique, s'il fait des bactéries, fait des bactéries varioliques; cela est évident, il est variolique dans tout son être. L'individu infecté par le poison cholérique, s'il fait des bactéries, fait des bactéries cholérigènes, et ainsi de suite; et ces organismes, comme tout autre particule ou liquide de même provenance, et plus encore, en raison de leur faculté de reproduction, deviennent les agents de transport, les véhicules de la maladie à distance variable dans le temps et dans l'espace. Une fois devenue infectante de par son milieu originel, la bactérie conserve cette propriété de génération en génération, et même par la culture artificielle; et pourquoi la perdrait-elle? les espèces animées, tant végétales qu'animales, ne se reproduisent-elles pas avec l'ensemble de leurs propriétés?

« Telles sont pour moi, Messieurs, dans l'état actuel des choses, et toute réserve faite des progrès futurs, les limites vraies de la doctrine de l'infection parasitaire. Connaissant l'influence des bactériens infectés, nous connaissons l'un des agents, disons même si vous voulez l'agent le plus puissant de la diffusion et de la pérennité des maladies infectieuses, mais cette notion nous laisse encore dans l'ignorance touchant le poison morbide lui-même, dans l'impuissance quant à la pro-

(1) Cette deuxième partie de la la leçon de M. le professeur Jaccoud, ayant un caractère de haute originalité, nous croyons devoir la reproduire textuellement. (N. D. L. R.)

Une fois développée, elle marche avec une régularité presque fatale, et, si elle a parfois des rémissions, elle continue cependant presque toujours sa marche progressive. Voilà pourquoi il m'a paru très important de chercher un traitement qui pût enrayer la maladie dès son début. Cela m'a réussi deux fois dans les derniers temps par l'emploi de la glace à la nuque.

Le premier cas était celui d'un ouvrier, — Hans Christensen, âgé de soixante-huit ans, — qui était envoyé à l'hôpital général de l'infirmerie de notre maison de travail le 4 mars 1881. N'ayant ni travail ni domicile, il avait vagabondé pendant les derniers quinze jours, manquant de nourriture et très exposé au froid. Alors il avait d'abord remarqué que sa main droite tremblait et puis plus tard le bras aussi du même côté. Après quelques jours, le tremblement avait gagné l'autre main et à la fin il avait pris aussi les jambes, de sorte qu'il ne pouvait pas marcher, et il fallut le faire transporter à l'infirmerie.

A son entrée, il présentait les symptômes ordinaires d'une paralysie agitante; le tremblement était continuel et ne disparaissait pas complètement pendant le sommeil. C'était surtout à la main droite qu'il tremblait le plus, et il tenait le pouce et les doigts de cette main de la manière particulière décrite par Charcot.

J'ai ordonné, après avoir essayé sans résultat une douche d'éther, la glace à la nuque. Déjà, pendant la première nuit après l'application, le tremblement s'est arrêté, le sommeil est devenu tranquille, et il ne s'est plaint que d'une pénible lassitude siégeant surtout dans les jambes. J'ai continué le jour suivant l'application de la glace, et voyant que le tremblement ne revenait plus, j'ai fait éloigner la glace, d'abord pendant la nuit et ensuite pendant le jour. Le tremblement n'a pas repris, et après cinq jours il était complètement guéri. Pour pouvoir mieux l'observer, je l'ai fait entrer dans le service des vieillards; là il m'a été démontré qu'il n'était pas buveur. Au mois de juin de cette année, il a eu un étranglement interne qui lui a coûté la vie. L'autopsie n'a montré que des altérations séniles dans les centres nerveux.

J'ai essayé après ce succès d'employer la glace à la nuque dans quelques cas de paralysie agitante, qui déjà avaient duré plusieurs années, mais je n'ai obtenu aucun résultat.

J'arrive à une autre observation.

Le 17 juin de cette année, une jeune fille de vingt ans, Maria

phylaxie directe, puisque la comparaison des bactéries infectantes et des bactéries banales ne nous permet de saisir entre elles qu'une différence d'origine, laquelle ne se révèle qu'après coup par ses effets sur l'organisme vivant. Nous ne sommes donc pas plus avancés quant à la conception même du poison, quant à la prévention immédiate, qu'à l'époque où l'on disait miasmes au lieu de dire bactéries. En cette situation, et aujourd'hui comme alors, l'étiologie de la classe des maladies que nous allons étudier est forcément bornée au déterminisme: déterminer les conditions dans lesquelles prennent naissance les agents infectieux jugés par leurs effets; déterminer les circonstances qui en restreignent ou en favorisent la diffusion; déterminer les conditions de l'opportunité cosmique et de l'opportunité individuelle: voilà le domaine de cette étiologie; il est assez vaste et surtout assez fertile, car il contient en lui toutes les données vraiment utiles pour la prophylaxie tant générale que particulière. »

Telle est, résumée dans ses principaux traits, cette remarquable leçon d'ouverture que le talent du professeur a rendue vraiment saisissante et que l'auditoire a soulignée par de vifs applaudissements. Nous avons tenu à la reproduire parce qu'en même temps qu'elle porte un esprit d'analyse et de critique sévères sur la portée d'une question doctrinale à l'ordre du jour, elle condense nos connaissances sérieuses, fait la part de l'hypothèse, et par les aperçus originaux qu'elle renferme, ouvre une voie nouvelle à l'activité des hommes de laboratoire.

Cette idée, pour la première fois émise, de l'indifférence de la bactérie considérée en elle-même et de sa mise en activité par les milieux ou elle se développe, n'est-ce pas, en effet, la raison logique de la méthode d'atténuation des virus par le mode de culture; n'est-ce pas aussi la lumière jetée sur ces expériences étranges et encore inexpliquées de Grawitz, qui communique à des organismes inactifs une nocuité plus ou moins marquée selon la manière dont il les fait vivre et se développer? A ces divers points de vue, on est en droit de penser que l'idée émise par M. le professeur Jaccoud a pour ainsi dire reçu d'avance sa sanction expérimentale.

ALBERT ROBIN.

Académie de médecine : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'étiologie et la prophylaxie de l'épidémie de fièvre typhoïde ont occupé la dernière séance de l'Académie de médecine. M. Noël Guéneau de Mussy a insisté sur l'origine fécale de la fièvre typhoïde, sur les mauvaises dispositions des égouts, d'où résulte une communication directe entre l'atmosphère de ces conduits et celle des maisons et des rues, sur l'insuffisance de l'eau, sur la nécessité de créer à Paris un bureau d'hygiène.

M. Rochard a fait une revue générale de toutes les conditions d'insalubrité qui, dans Paris ou autour de Paris, contribuent à faire naître ou à propager les maladies infectieuses. Ce qui domine l'étiologie de la fièvre typhoïde, c'est l'encombrement; l'orateur a peu de peine à le démontrer au moyen de documents tirés de la médecine militaire, de la médecine navale, et de la statistique qui montre que, dans l'épidémie actuelle, les quartiers les plus éprouvés sont ceux où l'on a constaté le plus de garnis et le plus de locataires dans chaque garni. Après l'encombrement et la malpropreté, qui généralement l'accompagne, M. Rochard signale et incrimine les égouts, l'insuffisance de l'eau, l'adultération de l'eau de la Seine et de la Marne, au point où est la prise d'eau qui concourt à l'alimentation de Paris, par les dépotoirs, les usines, les égouts d'anciens villages qui sont devenus aujourd'hui des villes, l'infection de l'atmosphère par ces mêmes usines et ces mêmes dépotoirs, etc.

En attendant une organisation de la médecine publique en France, que tout le monde réclame, mais que nous pourrons encore attendre longtemps, M. Rochard montre que la législation actuelle permet d'améliorer considérablement l'état actuel des choses. Tout ce qui concerne les dépotoirs et établissements industriels est sous l'autorité du préfet de police; il dépend donc de l'administration que les règlements d'hygiène publique ne soient pas violés. La prise d'eau qui existe au confluent de la Seine et de la Marne peut être reportée en amont des deux rivières et, si leur débit ne suffit pas, on peut aller chercher de l'eau ailleurs, dériver la Loire, si ce projet donne les meilleurs résultats. Enfin la loi sur les logements insalubres doit être appliquée, mais auparavant il faut et l'on peut, en concédant des avantages aux entrepreneurs, en les exonérant, par exemple, des impôts, stimuler l'initiative pri-

---

Hansen, fut transférée à l'hôpital du service des Incurables pour la paralysie agitante. Elle se trouvait depuis deux ans dans le service des Incurables, ayant depuis l'enfance des attaques épileptiformes et une paralysie incomplète du côté gauche.

Trois jours avant elle avait subitement été prise par un tremblement continuel du bras droit et de la main droite. Le cas est arrivé après une émotion morale le soir, pendant qu'elle se déshabillait pour se coucher. Durant le sommeil le tremblement cessait, mais il reparaissait aussitôt qu'elle se réveillait. Le tremblement se montrait aussi dans la jambe droite, mais moins fort. Reçue dans la salle, on voyait son bras et surtout sa main trembler continuellement, et quelques fois le tremblement était si fort que tout son corps tressaillait. Le bras n'était pas paralysé; elle pouvait prendre de petits objets, par exemple une épingle avec la main, mais quand la main, pendant de tels essais, demeurait tranquille, le tremblement de la jambe augmentait, et alors la main recommençait à trembler, faisant de plus grandes excursions que précédemment. Je lui ai fait donner d'abord, suivant la méthode du docteur Constantin Paul, un bain électrique, mais sans amélioration; j'appliquai alors la vessie glacée à la nuque. Après six jours, le tremblement s'arrêtait, mais il recommençait le jour suivant, cependant moins continuel et avec des rémissions. Après cinq jours, la main cessait de trembler, mais le lendemain la malade, étant assise dans l'église de l'hôpital son pied gauche commençait à trembler, tandis que tout le côté droit se tenait tranquille. Cela ne dura que quelques jours; elle se plaignit alors, pendant les jours suivants, de douleurs dans les hypochondres et dans l'épaule droite, qu'elle attribuait au refroidissement par la vessie glacée, qui lui était pénible. Je la fis ôter, mais le tremblement revint au pied gauche. Quand on eut de nouveau appliqué la vessie pendant quelques jours, le tremblement cessa dans le pied, et la malade est sortie guérie de son tremblement après quelques jours.

L'idée qui m'a guidé pour instituer ce traitement, la voici. Vous savez qu'on trouve dans les autopsies des personnes attaquées de la paralysie agitante ou de tremblements choréiformes, tantôt des traces d'une inflammation de la moelle épinière, tantôt des altérations du cerveau, tantôt rien du tout. Je pense que, dans le plus grand nombre de cas, il faut chercher le siège de l'affection dans la moelle épinière, commençant par des congestions quelquefois de longue durée, finissant par des modifications inflammatoires des tissus:

vée et favoriser la construction de cités ouvrières où la population indigente trouvera des logements à la fois sains et à bon marché.

L'Académie signale le mal, indique le remède ; elle remplit son devoir : à l'administration d'agir.

Les discours de M. Guéneau de Mussy et Rochard ont eu un légitime succès. Mais en les écoutant et en y applaudissant, on ne pouvait chasser de son esprit cette triste réflexion que toutes ces belles paroles, inspirées par la science et la plus pure philanthropie, tomberont sans doute, comme tant d'autres, dans le désert, l'esprit de routine d'un côté, de l'autre les préoccupations de la politique, faisant ajourner sans cesse les réformes qui intéressent le plus le bien-être général.

F. DE R.

CHIRURGIE PRATIQUE

DES OPÉRATIONS GRAVES CHEZ LES SEPTUAGÉNAIRES, par M. le professeur G. EUSTACHE (de Lille).

On a assez rarement l'occasion de pratiquer des opérations graves et importantes chez des personnes âgées de plus de 70 ans. Quand l'indication s'en présente, le chirurgien recule le plus souvent, soit parce qu'il ne peut obtenir le consentement du malade, soit parce qu'il n'ose pas le solliciter avec instance, craignant à bon droit de ne pas trouver chez de pareils sujets une résistance vitale assez grande, et de concourir ainsi, par son intervention, à l'interruption subite d'une vie déjà si avancée. Quand les septuagénaires offrent des lésions sérieuses, accidentelles ou pathologiques, qui nécessiteraient une opération de quelque gravité, on se résout donc à l'inaction d'une façon à peu près générale, et on les laisse *mourir de leur belle mort.*

J'ai été dans ces derniers temps en présence de trois cas de ce genre où je me suis décidé à agir autrement, c'est-à-dire à pratiquer une opération importante. Dans le premier, j'ai eu un revers, dans les deux autres, un plein succès. Ces trois faits ont vivement sollicité mon attention et m'ont amené à rechercher ce qui se trouve écrit dans la littérature médicale à ce sujet. Comme on le verra, les données que nous possédons sur un point qui mériterait d'être plus largement développé, et qui gagnerait sans doute à être discuté devant les sociétés savantes où chacun apporterait le fruit de son expérience, ces données sont fort peu étendues. Ces quelques pages, sans conclusion sérieuse faute d'une expérience personnelle assez grande, ne sauraient avoir d'autre but que de provoquer cette enquête utile.

Mais avant de rapporter le peu qui a été écrit à ce sujet, je vais raconter sommairement les trois faits qui ont été le point de départ de cette courte étude.

OBS. I. — *Homme de 71 ans. — Traumatisme grave de la jambe et du genou. — Amputation de cuisse. — Mort.*

Pierre W.., âgé de 71 ans, chauffeur d'usine, d'une santé vigoureuse et d'une activité bien au-dessus de son âge, eut la jambe gauche saisie dans un engrenage : les os et les chairs furent broyés, la peau enlevée, la perte de sang considérable. Le malade fut apporté à l'hôpital Sainte-Eugénie quatre heures après, et je pratiquai d'urgence l'amputation de cuisse au tiers inférieur. Il n'y avait pas moyen d'agir autrement en présence des désordres locaux : de plus, la bonne santé extérieure du sujet, sa sobriété et sa résignation même me permettaient d'espérer un bon résultat.

Après l'application de la bande d'Esmarch, l'opération fut faite d'après la méthode circulaire : cinq artérioles furent liées au catgut, l'artère fémorale avec un fil de soie phéniqué ; la plaie fut réunie à l'aide d'un double plan de sutures, profondes et superficielles ; pansement de Lister.

Pendant les trois premiers jours, l'état du malade fut bon : fièvre à peu près nulle, bon appétit. On lui donne du bouillon, de la viande rôtie et du Malaga. Le premier pansement est levé à ce moment ; la moitié interne de la plaie est réunie par première intention : la moitié externe suppure et est recouverte de plaques blanchâtres, comme diphtéritiques.

Même état les jours suivants ; suppuration assez abondante.

Le septième jour, plaques gangréneuses sur les lambeaux, écoulement séro-purulent abondant mais sans odeur ; prostration légère ; le soir 0 gr. 40. Sulfate de quinine et potion alcoolique.

Le lendemain et les jours suivants la prostration s'accentue, la fièvre est continue sans aucune trace de frisson ; la diarrhée se déclare ; subdélirium continu ; urines et selles involontaires ; suppuration presque nulle ; plaie blafarde.

Malgré l'administration du sulfate de quinine, de l'extrait de quinquina et des potions alcooliques, malgré les pansements à l'alcool phéniqué pur, cet état d'adynamie marche avec la plus grande rapidité. Le onzième jour le collapsus est très grand ; la température de 39°5 descend à 36°5 ; elle remonte le

---

C'est cette pensée qui m'a conduit à essayer si l'on ne pourrait, à une période peu avancée, arrêter par le froid une inflammation commençante. Il est très possible que ce traitement ne réussisse que dans un nombre de cas restreint, car il est évident qu'il existe des cas de paralysie agitante dans lesquels le tremblement, comme les convulsions épileptiformes en général, n'est qu'un symptôme d'une lésion organique du centre nerveux (tumeur, sclérose, etc). Le diagnostic exact en est parfois fort difficile ; or, comme l'emploi de la glace ne me paraît pas avoir d'inconvénients lorsqu'elle est sagement appliquée, je crois qu'on doit, dans des cas analogues, tenter l'application d'un procédé thérapeutique qui pourra peut-être influencer, au moins pour quelques maladies, la marche d'une affection presque toujours incurable.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—L'Assemblée des professeurs a, dans sa séance du 9 de ce mois, formé de la manière suivante les commissions des prix à décerner pour l'année scolaire 1881-1882.

A. *Prix Barbier.*—M. Richet, président ; MM. Le Fort, Panas, Trélat et Verneuil.

B. *Prix Châteauvillard.*—M. Regnauld, président ; MM. Baillon, Depaul, Gosselin, Regnauld et Sappey.

C. *Prix Corvisart.*—M. Lasègue, président ; MM. Ball, Charcot, Hardy et Germain Sée.

D. *Prix Lacaze.*—M. Bouchardat, président ; MM. Cornil, Jaccoud, Peter et Potain.

E. *Prix Montyon.* — M. Vulpian, président ; MM. Bouchardat. Cornil, Hayem et Parrot.

F. *Prix des thèses.* — M. Béclard, président ; MM. Brouardel, Duplay, Fournier, Guyon, Laboulbène, Pajot, Robin et Wurtz.

G. *Legs Trémont.*—La commission scolaire.

H. *Legs Bargow.*—Le doyen.

***

soir à 39°6 en s'accompagnant d'agitation et de délire qui nécessitent la camisole de force. La mort survient le lendemain, au treizième jour.

A l'autopsie, absolument aucune lésion ni dans les membres ni dans les viscères. La plaie est réunie dans sa moitié interne, pâle et sèche dans sa moitié externe ; rien dans les veines, ni dans les lymphatiques.

OBS. II. — *Homme de 72 ans. — Fracture du péroné. — Luxation et fracture de l'astragale.— Extirpation secondaire de l'astragale. — Guérison.*

A quelques jours de là, on apporte dans mes salles de l'hôpital Sainte-Eugénie un autre vieillard de 72 ans, maçon, qui venait de faire une chute d'un échafaudage de plus de 2 mètres de hauteur : contusions diverses au niveau du cou-de-pied droit ; fracture de l'extrémité inférieure du péroné, élargissement notable de la région avec renversement du pied en dehors, luxation en dedans et en avant de l'astragale avec fracture transversale de cet os. Vu la distension de la peau et l'impossibilité de réduire, la jambe fut placée dans une gouttière ouatée.

Les jours suivants, état général satisfaisant, malgré un léger mouvement fébrile (38°).

Au bout de quinze jours, la peau du côté interne du cou-de-pied s'ulcéra et donna passage à un flot de pus qui venait de l'intérieur de l'articulation : la tête de l'astragale était à nu.

Dix jours après, la fièvre était intense (40°), la suppuration abondante. Le fragment osseux mis à nu était légèrement mobile. Je repratiquai l'extraction avec des pinces et des ciseaux, et j'enlevai ainsi les deux tiers supérieurs et postérieurs de l'astragale. Le restant de l'os, constitué par la tête et la surface articulaire avec la facette antérieure du calcanéum, étant fortement adhérent, fut laissé en place. L'articulation fut drainée transversalement.

A partir de ce jour, les symptômes allèrent en s'améliorant, quoiqu'avec une lenteur presque désespérante. La suppuration et le gonflement du cou-de-pied diminuèrent peu à peu. Le malade, qui avait été à un certain moment d'une faiblesse extrême, reprit ses forces, mais ce ne fut que trois mois après qu'il put commencer à quitter son lit. Il sortit de l'hôpital au bout de six mois, marchant encore avec des béquilles.

OBS. III. — *Femme de 76 ans. — Carcinome volumineux et ulcéré du sein. — Amputation totale de la glande. — Guérison par réunion immédiate.*

Je soignais depuis quelques mois une vieille demoiselle âgée de 76 ans, atteinte d'un carcinome volumineux et ulcéré du sein droit. Le début du mal remontait à environ dix-huit mois. Il avait envahi toute la mamelle et la tumeur, très dure, était du volume des deux poings. L'ulcération de la peau en forme de champignon datait du mois de janvier et allait sans cesse en progressant et en envahissant peu à peu les téguments voisins sous forme de nodosités. Douleurs lancinantes, insomnie, suppuration abondante.

Vu l'âge de la malade et son aversion pour toute opération sanglante, j'avais d'abord renoncé à l'extirpation et ne recourais qu'à des moyens palliatifs.

Mais dans ces derniers temps, le mal faisant des progrès sensibles, le sommeil et l'appétit commençant à se perdre, tout travail et toute promenade étant devenus impossibles, je proposai l'amputation du sein. J'y étais d'autant plus engagé que la maladie, quoiqu'ayant envahi toute la glande mammaire, avait respecté les ganglions de l'aisselle, que la malade, malgré ses 76 ans, avait une fort bonne constitution, était grasse et rose, enfin qu'elle ne présentait aucune trace de lésion viscérale. — Si, par suite de l'ulcération et des nodosités de la peau, je devais sacrifier une grande surface des téguments, du moins je pouvais espérer de combler cette large brèche grâce à l'abondance et à la laxité du tissu cellulaire graisseux des parties voisines. Enfin la malade acceptait bravement l'opération qu'elle avait refusée jusque-là.

Celle-ci fut faite le 1er juillet 1882. — Après l'énucléation de la tumeur et de tous des prolongements, j'avais une plaie ovalaire à grand diamètre transversal mesurant 31 centimètres, à diamètre vertical de 22 c. Toute la glande et une grande quantité de graisse avaient été enlevées ; les parties extraites ne pesaient pas moins de 1,000 grammes.— Aucune ligature artérielle ne fut nécessaire. La réunion fut faite transversalement à l'aide de 14 sutures avec des fils d'argent; un drain fut placé à l'angle externe ; pansement de Lister.

Malgré deux vomissements chloroformiques qui eurent lieu deux heures après, l'opérée prit du bouillon, des potages et du vin dès le premier jour ; le troisième jour elle avait repris son régime ordinaire. L'état général était excellent ; la température n'atteignit jamais 38° et le pouls varia entre 60 et 90 pulsations ; en un mot, pas trace de fièvre traumatique.

Le premier pansement fut fait le troisième jour : pas de suppuration ; il fut renouvelé le sixième, les fils et le drain furent enlevés. — La réunion était complète partout. Ce jour-là la malade se levait ; le lendemain elle descendait dîner en famille, et le onzième jour elle sortait. Pendant ces jours et les suivants, le trajet du drain laissa écouler de la sérosité purulente, mais le vingtième jour tout était fini et la cicatrice était linéaire.

La maladie récidivera-t-elle ? c'est ce qu'il est impossible de prévoir. Si l'âge avancé du sujet est une chose avantageuse dans ce cas, la nature de la tumeur enlevée l'est beaucoup moins : il s'agissait en effet d'un véritable carcinome fibreux, tumeur essentiellement maligne.

Tels sont les trois faits que j'ai eu l'occasion d'observer depuis peu de temps. Peut-on en tirer une conclusion quelconque au point de vue du pronostic des interventions chirurgicales graves chez les sujets âgés de plus 70 ans ? Il serait bien difficile de le faire avec un aussi petit nombre de cas : tout ce que je veux en déduire pour le moment, c'est que la guérison est possible chez les septuagénaires et que cet âge n'est pas une contre-indication absolue aux opérations importantes.

Ce sujet, disais-je tout d'abord, a été peu étudié. Il est possible néanmoins de trouver dans la littérature médicale quelques données statistiques qui s'y rapportent : c'est au chapitre des *Amputations* qu'on les trouvera consignées. — Il est juste de convenir que ces résultats statistiques ne sauraient fournir une appréciation suffisante du problème en question, car celui ci est singulièrement complexe. L'âge n'est pas en effet le seul facteur à considérer : on devrait également tenir compte et de la nature de l'intervention chirurgicale, de son siége, du moment où l'on opère, des lésions qui la nécessitent, des climats, des saisons, des conditions de milieu, des méthodes suivies, des soins consécutifs, de l'habileté et de l'expérience de l'opérateur, etc., etc., tout autant de facteurs que les chiffres ne peuvent permettre de sainement apprécier. Quoi qu'il en soit, voici quelques-unes des données fournies par la statistique.

(A suivre.)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. LES CRISTAUX D'HÉMINE ET LES RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES. —II. LE TATOUAGE CHEZ LES CRIMINELS.—III. MORT SUBITE PAR LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ DES ENFANTS A LA MAMELLE. —IV. VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE. — V. MORT SUBITE PENDANT UN ACCÈS DE COLIQUE HÉPATIQUE. — VI. LA PUTRÉFACTION DE L'UTÉRUS. — VII. MORT SUBITE PAR RUPTURE DE LA RATE. — VIII. DE LA VISION DES COULEURS. — IX. LA MORT DU PRÉSIDENT GARFIELD ET L'ÉTAT MENTAL DE L'ASSASSIN. — X. SENSIBILITÉ DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

Suite. — Voir le numéro 43.

IV. M. le docteur Ladame, de Neufchâtel (Suisse), a publié

un travail très intéressant sur l'hypnotisme (1) à l'occasion d'un cas de viol (suivi de grossesse) accompli sur une jeune fille en état de sommeil hypnotique.

C'est le cinquième cas de ce genre qui existe dans la littérature médico-légale. Le premier avait été observé en 1858 par Coste et Broquier à Marseille; le deuxième en 1865 par C. Auban et J. Roux à Toulon; le troisième a été cité par Ambroise Tardieu (2), et le quatrième par le professeur Brouardel (3).

Tout en faisant, à l'exemple de M. Brouardel, de justes réserves sur la possibilité d'une simulation, M. Ladame conclut, comme les médecins avaient toujours conclu dans les cas précédents:

1o A la possibilité d'un viol pendant que la sensibilité est abolie et la volonté suspendue par un état de sommeil nerveux;

2o Que la conception est possible, quoique la femme soit dans un état d'insensibilité absolue.

Mais, dans le cas particulier rapporté par M. Ladame, il était difficile de prouver que la fille M... eût été réellement hypnotisée dans un but criminel par Louis V... Et M. Ladame propose d'employer, en pareille occurrence, le moyen qui a déjà été expérimenté l'an dernier sur un homme sujet à des accès de somnambulisme spontané et qui avait été arrêté et condamné sous la prévention d'outrage public à la pudeur: MM. A. Motet et Mesnet purent le faire acquitter en provoquant chez cet homme, devant la Chambre des appels correctionnels de Paris, un accès de somnambulisme durant lequel on lui fit reproduire les actes incriminés (4).

On n'a pas eu besoin de recourir à ce moyen dans le cas rapporté par M. Ladame, car il a été reconnu que le récit de la fille M... n'avait été inventé que pour excuser sa grossesse.

V. M. le professeur Brouardel a relaté (5) un cas très intéressant de colique hépatique suivi de mort au bout de dix heures, chez une jeune femme de trente ans, bien constituée et vigoureuse. Se croyant en retard pour prendre un train de chemin de fer, elle avait couru jusqu'à la gare; avant de partir, elle prit un verre de sirop de groseille et d'eau de Seltz. Quelques minutes après qu'elle s'était assise dans un wagon, elle fut prise de douleurs abdominales extrêmement violentes; elle ne pouvait retenir ses plaintes, et dit à une des personnes qui l'entouraient: « Je ne sais ce que je viens de boire, mais je crois que je suis empoisonnée. » Arrivée à Nogent-sur-Marne, les douleurs sont si vives qu'un des employés de la gare l'aide à marcher jusqu'à l'hôtel le plus voisin. Là, il y a des vomissements incessants. Un médecin appelé diagnostique une colique hépatique et rassure l'entourage. Après quelques alternatives de crises et d'accalmies relatives, la malade succombe brusquement dans la nuit, vers une ou deux heures du matin.

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juin 1882. — Voir aussi, du docteur Ladame, *La névrose hypnotique ou le magnétisme dévoilé*, Genève, 1881.

(2) *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 7e édition, p. 99-100.

(3) Annales d'hygiène et de médecine légale, janvier 1879.

(4) A. Motet. Relation médico-légale. — V. Annales d'hygiène publique et de médecine légale de mars 1881.

(5) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, mars 1882.

Cette terminaison imprévue et les paroles prononcées par la jeune femme éveillèrent l'attention du parquet, et M. Brouardel fut chargé de procéder à l'autopsie du cadavre.

Les cavités cardiaques contenaient du sang liquide et noir et quelques petits caillots noirs. Dans le canal cholédoque, on trouvait un calcul peu volumineux. Dans la vésicule biliaire, il y avait 71 calculs. Œdème sous-muqueux considérable du duodénum et du jéjunum. Hémorrhagie du pancréas.

M. Brouardel se demande si cet œdème avait pour cause une gêne de la circulation ou s'il était un résultat d'une lésion nerveuse. La mort peut-elle enfin s'expliquer, suivant la théorie de M. Charcot, par l'excitation du plexus solaire? En attendant de nouveaux faits, M. Brouardel admettrait volontier « qu'une douleur vive portant sur les ramifications nerveuses du plexus solaire serait capable de déterminer une syncope, ainsi que cela s'observe lorsqu'une contusion violente atteint la région épigastrique. »

VI. M. Arrigo Tamassia, professeur de médecine légale à l'Université de Pavie, a fait des recherches expérimentales sur la putréfaction de l'utérus (1). Il s'est servi de l'utérus d'une femme de 31 ans, morte de pleuro-pneumonie. Il l'a partagé en quatre segments, de telle façon que chaque segment comprenait une fraction du col, du corps et du fond de la matrice, et de plus une partie du recouvrement péritonéal.

Les segments ont été mis, l'un dans de l'urine, un autre dans de l'eau, le troisième dans de la terre, le quatrième a été laissé exposé à l'air. Comme milieu général, on avait une vaste salle humide, dont la température a été maintenue entre 12 et 15o.

Tous les fragments ont été examinés très fréquemment, tant à l'œil nu qu'à l'aide du microscope. Les principaux détails de ces nombreux examens ont été consignés dans le mémoire que j'analyse. De l'ensemble de ces recherches, il résulte que la marche de la putréfaction a été, au point de vue morphologique aussi bien qu'au point de vue chronologique, sensiblement pareille pour les fragments qui avaient été placés dans les milieux humides (urine et eau) d'une part, et pour ceux placés dans les milieux secs (air et terre) d'antre part.

Dans le premier cas, le tissu utérin se gonfle, se ramollit, perd sa portion de péritoine, les fibres musculaires disparaissent peu à peu, et l'on n'a plus bientôt qu'une masse informe, fibreuse, résultant des résidus du tissu aréolaire et élastique des vaisseaux utérins et de la muqueuse, et cette masse finit par se réduire en fragments de plus en plus petits, pour arriver à n'être qu'un détritus onctueux absolument anhiste.

Dans le second cas (dans les milieux secs), le tissu utérin se ratatine de plus en plus, le revêtement péritonéal va se ramollissant et s'amincissant peu à peu; en même temps la partie musculaire de l'organe s'amincit également et se convertit en une bouillie semi-liquide. Les tuniques des vaisseaux finissent par se convertir en très petites lamelles dans l'épaisseur desquelles on peut encore apercevoir quelques restes de fibres musculaires; enfin tout ceci se transforme également en un détritus onctueux et granuleux, et bientôt il ne reste plus que de petits fragments lamelleux qui ne sont autre chose que les vestiges des fibres élastiques et connectives des vaisseaux et de la muqueuse. Et à leur tour ces petites lamelles se réduisent en un détritus *pulvérulent*, onctueux, anhiste.

(1) *Rivista sperimentale di Freniatria e di medicina legale.* Anno VII, p. 243.

Tandis que, dans l'urine, le tissu de l'utérus prend une coloration jaune pâle (qui avait été déjà signalée par Orfila (1) sur des cadavres ayant séjourné dans des égouts), dans l'eau, la teinte primitivement rosée et rougeâtre du tissu utérin devient bientôt bistre, d'un gris terreux, et vers le 40 ou le 45e jour le tissu est d'un noir d'acier dans la moitié de son épaisseur. La coloration rose finit par disparaître au centre vers le 80e jour.

Les fibres musculaires lisses de l'utérus putréfié ressemblent presque à des fibres striées qui ont subi la même altération. Toutefois, au point de vue chimique, il existerait une différence, d'après les recherches de Lehmann et d'Hoppe-Seyler (2), au moins en ce qui concerne la quantité de myosine qu'elles renferment.

Suivant les recherches de M. Tamassia, pour arriver, par putréfaction, à se réduire en un détritus amorphe, l'utérus mettrait une moyenne de 90 jours dans l'urine, de 100 jours dans l'air, de 115 à 120 jours dans l'eau et de 140 à 150 jours dans la terre. Ces chiffres ne concordent guère avec la loi formulée par Casper. On sait que, d'après Casper, si la durée de la putréfaction dans l'air est représentée par *un*, dans l'eau la putréfaction sera représentée par *deux* et dans la terre par *huit*. D'après Tamassia, les proportions, en prenant comme unité de temps la durée de la putréfaction dans l'urine, seraient dans l'air de 1,10, dans l'eau de 1,30 et dans la terre de 1,50.

Dans le Traité de médecine légale de Casper et Liman (3), on attribue à l'utérus un tel degré de résistance à la putréfaction que, contrairement à l'opinion d'Orfila, cet organe serait, sous ce rapport, supérieur à tous les tissus mous. Mais les expériences de M. Tamassia viennent également contredire l'assertion des deux célèbres médecins légistes de Berlin. Car il a constaté que la durée de la putréfaction de l'utérus serait environ deux fois plus rapide que celle du foie : 140 jours pour l'utérus, 280 à 290 jours pour le foie. Et, ce qui donne une grande valeur à ces chiffres, c'est que les expériences de M. Tamassia ont été faites de la même manière sur les deux organes.

En ce qui concerne la putréfaction de l'utérus à l'état puerpéral, déjà Krahmer (4), tout en acceptant la doctrine de Casper, avait fait ses réserves en supposant une putréfaction extrêmement rapide à la matrice des femmes mortes dans la période puerpérale. Pour contrôler cette assertion par des expériences précises, M. Tamassia a soumis à la putréfaction dans l'eau un fragment d'utérus ayant appartenu à une femme morte le neuvième jour après l'accouchement. Et, bien que ce tissu présentât tous les caractères de l'infection puerpérale, il n'a été transformé en une bouillie d'un gris-rosé amorphe que du centième au cent vingtième jour.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

(1) Orfila et Lesueur, *Traité des exhumations judiciaires*, t. II, p. 133.

(2) Hoppe-Seyler, Phys.-Chemie (1881). IV Theil. S. 669.

(3) J.-L. Caspers Handbuch der gerichtlichen Medicin.

(4) Handbuch der gerichtliche Medicin, II, Auflage, p. 557.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 novembre 1882. — Présidence de M. Blanchard.

Physiologie expérimentale. — Sur le rôle des vers de terre dans la propagation du charbon et sur l'atténuation du virus charbonneux. Note de M. Feltz, présentée par M. Vulpian.

Le docteur Koch et plusieurs autres professeurs allemands ont fait paraître, à la fin de l'année 1881, dans le premier volume du *Recueil officiel* des travaux du Bureau sanitaire allemand, des expériences en contradiction, sur plusieurs points essentiels, avec les remarquables recherches publiées en France par M. Pasteur et ses collaborateurs. L'auteur a voulu savoir à quoi s'en tenir sur la valeur des objections de ces expérimentateurs, particulièrement en ce qui concerne : 1° le rôle des vers de terre dans la propagation du charbon, et 2° l'atténuation du virus charbonneux.

Il a institué des séries d'expériences qui ne permettent pas d'hésiter entre M. Pasteur et ses contradicteurs; ils confirment, en effet, en tous points, les conclusions de l'éminent physiologiste français.

Hygiène publique. — Sur l'action désinfectante et antiseptique du cuivre. Note de M. Burq, présentée par M. Bouley.

L'auteur, se basant sur l'immunité des ouvriers en cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde, propose d'utiliser les propriétés antiseptiques de cette substance dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Ainsi, en ce qui concerne les baraquements, il fait remarquer que l'emploi de planches suffisamment cuivrées supprimerait l'emploi de ces moyens plus ou moins dispendieux d'un effet douteux et tout au moins temporaire : blanchiment à la chaux, râclage, lessivage à l'eau phéniquée ou autre, etc. D'autre part, la durée des constructions serait beaucoup plus grande.

Physiologie. — Analyse du réflexe de C. Loven, par M. Laffont, présentée par M. Paul Bert.

En 1868, dans un Mémoire intitulé : *Dilatation consécutive aux irritations nerveuses*, publié dans le *Compte rendu des travaux exécutés au laboratoire physiologique de Leipsig*, M. Christian Loven signale un nouveau réflexe vaso-dilatateur dans le membre inférieur, chez le lapin. Incisant la peau à la face interne de la jambe, le long du tibia, il découvre l'artère saphène, très petite au milieu de ses deux veines satellites; il prépare ensuite le nerf dorsal du pied à la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne et le sectionne entre deux ligatures. C'est alors que, appliquant un courant faradique sur le bout central du nerf sectionné, M. C. Loven constate que cette excitation provoque rapidement une dilatation énorme de l'artère saphène.

Déjà, dès 1867, M. Schiff, dans un Mémoire présenté à l'Académie royale de Copenhague, avait montré que l'excitation des racines postérieures du plexus sciatique, chez le chat, provoque tantôt un refroidissement, tantôt un échauffement du membre, suivant la durée de l'irritation, tant que le nerf sciatique est intact.

Depuis l'expérience de C. Loven, aucun physiologiste n'a, à notre connaissance, découvert les voies de ce réflexe. Nous avons donc porté nos investigations de ce côté. Étant donné que l'excitation faradique du bout central du nerf dorsal du pied amène une énorme dilatation de l'artère saphène, il s'agissait de rechercher :

1. La voie centripète de ce réflexe, c'est-à-dire par quelles paires nerveuses l'excitation pénètre dans la moelle; si les racines antérieures conduisent l'excitation sensible, ou si ce sont les racines postérieures ;

2. La localisation du centre réflexe: ce centre se trouve-t-il au niveau même du point de pénétration du filet centripète dans la moelle?

3. La voie centrifuge: les filets vaso-dilatateurs sortent-ils au même niveau ou par les mêmes paires qui apportent l'excitation aux centres nerveux?

4. Les filets vaso-dilatateurs suivent-ils directement les nerfs musculo-moteurs et se différencient-ils ainsi des nerfs vaso-constricteurs sympathiques, comme le voulait Cl. Bernard, ou se confondent-ils avec ce système nerveux spécial, comme l'ont prouvé, pour l'oreille, MM. Schiff et Vulpian, comme je l'ai démontré moi-même pour les filets vaso-dilatateurs du foie, comme l'ont établi, en dernier lieu, MM. Dastre et Morat pour *une partie* des filets vaso-dilatateurs de la région bucco-labiale, chez le chien?

J'ai institué, pour la recherche de ces différents points, quatre séries d'expériences, sur des animaux curarisés.

Ces expériences nous ont montré que l'excitation partie du nerf dorsal du pied remonte dans le nerf sciatique, pénètre dans la moelle par les racines postérieures de la première paire sacrée et de la dernière paire lombaire, y suit un trajet ascendant pour se rendre au centre vaso-dilatateur, d'où les filets dilatateurs redescendent et sortent de la moelle par les racines antérieures des deuxième, troisième et quatrième paires lombaires, se jettent dans le sympathique par les rameaux communicants, et de là vont dans le nerf sciatique (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET

La correspondance comprend: 1° des lettres de candidatures de MM. Bouchardat fils, Javal, Henninger, Hardy, Brame (de Tours) pour la section de physique et de chimie, Cadet de Gassicourt pour la section de pathologie médicale; 2° une note sur l'épidémie de fièvre typhoïde au Gros Caillou, par M. Paul Raymond; 3° une note de M. Pigeon (de la Nièvre) sur les vaccinations et la fièvre typhoïde; 4° un travail de M. Bertherand (d'Alger) sur la variolisation des Arabes (Comm. MM. Blot, Fournier et Bouley); 5° un extrait du rapport sur le service de santé du 5e régiment de hussards, caserne de la Part-Dieu, à Lyon, par M. Challan de Belval, médecin-major; 6° un rapport du même auteur sur l'hôpital militaire d'Orléansville.

— M. LUYS présente, au nom de M. le docteur Ritti, un volume intitulé: *Traité clinique de la folie à double forme*, ouvrage qui a obtenu, l'année dernière, le prix Falret.

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Charpentier, un exemplaire du premier volume d'un *Traité d'accouchements*.

M. BUCQUOY dépose, au nom de M. le docteur Neyssens, de Limbourg, un mémoire sur le traitement spécifique de la dysenterie par l'ipécacuanha à haute dose.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. NOËL GUENEAU DE MUSSY dit que la prophylaxie de la fièvre typhoïde ne doit pas avoir pour unique visée, mais pour un des objets les plus importants de ses efforts, d'éloigner, de l'air que nous respirons, des boissons et des aliments dont nous faisons usage, les émanations et les infiltrations des injections dothiénentériques.

M. Gueneau de Mussy rappelle qu'il a fait remarquer déjà combien, dans leurs conditions actuelles, nos égouts étaient peu propres à remplir avec sécurité leur rôle de déversoirs des vidanges. Il prévoyait qu'ils peuvent devenir un foyer permanent d'infection dothiénentérique. Or, cet état des égouts, loin de s'améliorer depuis, n'a fait que s'aggraver. On a développé dans des proportions considérables la surface des égouts, et on n'a pas augmenté proportionnellement la quantité d'eau qui y circule, et, dans des conditions aussi défavorables, on accroît chaque jour et on encourage le versement des matières excrémentitielles dans les égouts qui, d'ailleurs, n'ont pas toujours une pente suffisante.

Il y a cinq ans, M. Gueneau de Mussy appelait l'attention sur un vice de construction des égouts, d'après lequel les caniveaux d'eaux ménagères deviennent des moyens de communication où d'échange entre l'atmosphère de l'égout et l'atmosphère des maisons, ce qui détermine des exhalaisons si fétides, surtout en été, qu'il devient impossible d'ouvrir les fenêtres des maisons. L'atmosphère des rues en est elle-même infectée. Il en est tout autrement à Bruxelles, grâce à la création d'un bureau d'hygiène, qui a contribué à l'assainissement de la ville.

M. Guéneau de Mussy s'est promené, il y a deux ans, dans les rues de Bruxelles par une chaleur torride, et il a été frappé de la pureté de l'air qu'on y respirait. Si les déjections des dothiénentériques sont, comme il le croit, le principal véhicule du germe transmissible de la maladie, il est important que les réservoirs qui les reçoivent soient isolés de l'atmosphère des appartements. Il faudrait pour cela que les cuvettes des cabinets renfermassent toujours une quantité d'eau suffisante, que le tuyau qui les fait communiquer avec l'égout ou avec la fosse fût également muni de soupapes, et qu'au dessus de ces soupapes ou de tout autre appareil d'isolement, il y eût un ventilateur pour empêcher que l'air déplacé dans ce tuyau par la chute de l'eau et des matières ne refluât dans l'appartement. Le drainage anglais comporte toutes ces précautions, et M. Gueneau de Mussy a été frappé de la propreté et de l'inodorité qu'il a trouvée habituellement en Grande-Bretagne, soit dans les hôtels, soit dans les maisons particulières, soit même dans les logements réservés aux ouvriers. Il faudrait exiger des propriétaires la mise en pratique de ces précautions si nécessaires et qui sont réalisées dans d'autres pays; il faudrait les exiger à tous les étages, car dans beaucoup de maisons les cabinets d'aisances de la cour, comme ceux de l'étage dessiné aux domestiques n'ont pas d'eau, que quefois même pas de cuvettes, et deviennent des soupiraux de la fosse ou de l'égout.

Il faudrait que les modifications apportées aux égouts et aux réservoirs des vidanges fussent, avec la fourniture d'une eau abondante et salubre, mises au premier rang parmi les dépenses publiques.

La qualité de l'eau laisse, pour ainsi dire, autant à désirer que la quantité; et trop souvent ces excellentes eaux de la Dhuys et de la Vanne, qui sont un type irréprochable d'eaux potables, sont mêlées aux eaux impures de l'Ourcq ou de la Seine prises en aval de Paris, toutes chargées de détritus organiques et peut-être de germes infectieux.

Il y aurait lieu de reprendre les plans de M. Haussmann qui voulait généraliser la canalisation souterraine de Paris et y amener une quantité d'eau suffisante pour nettoyer tous les égouts, quantité d'eau qui aurait été prise dans la Nièvre et serait arrivée à Paris après avoir irrigué les plaines arides de la Beauce. M. Gueneau de Mussy partage entièrement les opinions de M. Proust sur les conditions d'une bonne prophylaxie, c'est-à-dire sur la nécessité d'une bonne direction donnée aux mesures préventives; mais, pour qu'elles soient efficaces, il faut une déclaration exacte des maladies infectieuses. La statistique du docteur Bertillon, si consciencieuse et si bien faite, n'est malheureusement que celle d'un champ de bataille, elle constate le nombre des morts et des blessés, mais quel secours apporte-t-elle dans la lutte?

Il en serait autrement si, comme en Belgique, après chaque déclaration de maladie infectieuse, un inspecteur était envoyé, dans la maison infectée, constater les défectuosités qu'elle peut présenter au point de vue de l'hygiène, et forçait le propriétaire à y apporter remède dans la mesure du possible; si on distribuait aux

(1) Travail des laboratoires de M. Paul Bert à la Sorbonne et de M. Laffont à la Faculté de médecine de Lille.

habitants de cette maison des instructions imprimées d'avance pour chaque maladie, indiquant les mesures prophylactiques auxquelles ils doivent se soumettre. M. Gueneau de Mussy voudrait encore, au nom de l'intérêt de tous, que les habitants aisés fussent forcés par la loi à prendre ces mesures à leurs frais et que la commune fournit aux malades pauvres qui sont traités à domicile le moyen de le faire.

Pour ceux qui ne peuvent pas être soignés à domicile, qui doivent être transportés à l'hôpital, que cette même administration communale leur fournisse un moyen de transport. Mais pour cela il faudrait, comme à Bruxelles, une administration sanitaire permanente.

Quelle dépense plus utile pour une grande cité, quel intérêt plus grand pour un pays que la conservation de ce capital vivant qui est à la fois la première condition de ses forces et la première source de sa richesse ?

Demandons et tâchons d'obtenir la création d'un bureau d'hygiène comme en Belgique.

M. Jules Rochard se propose de traiter la question d'étiologie et de prophylaxie de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire une pure question d'hygiène.

Suivant lui, la fièvre typhoïde est fille de l'encombrement. Il suffit pour faire naître une épidémie, d'entasser un grand nombre de jeunes gens dans un local trop étroit. C'est ce que l'on voit tous les jours, dans l'armée et la marine, et l'épidémie s'allume d'autant plus facilement, et fait d'autant plus de ravages que l'établissement est plus insalubre et plus mal entretenu, que les hommes sont plus malpropres, plus surmenés et moins bien nourris. Il suffit pour arrêter le mal d'évacuer la caserne, de disséminer les hommes et de ne les laisser rentrer qu'après avoir nettoyé et désinfecté les locaux.

Ce n'est pas seulement aux casernes que cela s'applique. Dans toutes les villes soucieuses de leur hygiène, partout où l'on a fait pénétrer l'air, l'eau, la lumière, dans les quartiers déshérités, partout on a vu diminuer le chiffre des décès par la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde n'a rien de fatal. Elle n'a pas remplacé, comme le disait le docteur Arnould au Congrès de Genève, les maladies populaires d'autrefois, telle que le typhus et la peste ; elle leur a survécu ; elle recule devant la civilisation. Le docteur Geissler, dans ses remarques sur les variations périodiques des principales maladies, a démontré par des chiffres que, d'une manière générale, la fièvre typhoïde a diminué dans le monde entier. Si le contraire s'observe en France, si la maladie prend de l'importance dans nos grandes villes, depuis quelques années, si elle s'accroît à Paris, suivant une progression menaçante, c'est parce que nous ne tenons pas autant de compte que les autres nations des conseils de l'hygiène, que nous ne faisons pas les mêmes efforts et les mêmes sacrifices qu'elles pour diminuer notre mortalité.

Ce qui le prouve encore, c'est que la fièvre typhoïde n'est pas la seule maladie transmissible qui augmente dans Paris. Il résulte d'un tableau dressé par M. Brouardel que la diphthérie, la variole, la rougeole, la scarlatine marchent en suivant la même progression.

Il ne faut donc pas se payer de mots, attribuer les ravages des maladies infectieuses au génie épidémique, à la constitution médicale, aux vicissitudes atmosphériques et nous endormir dans cette croyance ; il faut encore dire que les maladies dont il s'agit sont de celles qu'une bonne hygiène atténue dans des proportions presque sans limites ; il faut regarder le problème en face et s'efforcer de le résoudre.

Si la fièvre est due à un être organisé, à un microbe, les germes doivent exister en tout temps, il y en a partout, mais ces germes ne se développent, ne deviennent nuisibles que lorsqu'ils rencontrent un milieu, une atmosphère convenable. C'est ce milieu, ce terrain, ce fumier atmosphérique que crée l'encombrement, que fertilisent les émanations infectes qui se dégagent de toutes les fermentations engendrées par l'incurie et le mépris des lois de l'hygiène.

Une fois développée, la fièvre typhoïde se transmet par les déjections des malades, par les émanations qu'ils dégagent. Elles ont pour véhicules l'atmosphère, les eaux et le reste. Quant aux malades eux-mêmes, leur approche est beaucoup moins dangereuse que celle des varioleux, des scarlatineux, des pestiférés, etc. On ne voit pas la fièvre typhoïde se répandre de proche en proche, comme ces maladies, dans les hôpitaux et dans les villes. M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, disait dernièrement au Conseil d'hygiène qu'il n'y avait pas eu à déplorer la perte d'un médecin, d'un étudiant, d'une sœur ou d'un infirmier pendant l'épidémie de fièvre typhoïde.

On a dit de tous les côtés que cette épidémie était d'une bénignité remarquable et qu'elle faisait très peu de victimes, relativement au nombre de malades. Cependant, au 1er novembre, on comptait 2,300 décès, et, pendant le mois d'octobre, elle a fait 926 victimes; tandis que, dans le même mois de 1881, elle n'avait causé que 142 morts, c'est-à-dire qu'elle a tué six fois plus de monde que l'an dernier à pareille époque.

Aujourd'hui l'épidémie est décidément en pleine décroissance: le chiffre des décès pour la semaine dernière a été seulement de 112 au lieu de 250 décès, relevés dans la 41e semaine; on peut donc se rassurer. En somme, la bénignité dont on parle aura été réelle: la fièvre typhoyde a fait, dans la population des hôpitaux, 1 victime seulement sur 15 cas.

Cette décroissance de l'épidémie doit être attribuée au régime des vents du Sud-Ouest, qui soufflent depuis quelques temps. Ces vents ont assaini l'atmosphère, et les pluies qui les accompagnent ont lavé les égoûts. Nous entrons, en outre, dans une saison où l'établissement de la température est peu favorable au développement des germes infectieux. Nous pouvons donc, encore une fois, nous rassurer, quant à présent; mais il faut redouter pour l'été prochain le réveil de l'épidémie; heureusement, nous avons neuf mois pour prendre les mesures nécessaires et travailler à en prévenir le retour.

M. Marjolin a fait une peinture saisissante de l'état horrible d'insalubrité des logements occupés par la population des faubourgs de Paris et de la banlieue. M. Du Mesnil a également appelé l'attention sur ce grave sujet, et tous les journaux ont reproduit les tristes renseignements apportés à la tribune de l'Académie. Il résulte des documents fournis à M. Jules Rochard par M. Du Mesnil, que le nombre des garnis a considérablement augmenté, à Paris, dans ces derniers temps, et que le nombre des locataires de ces établissements a triplé et même quadruplé. L'encombrement a été la suite naturelle de cet état de choses et la fièvre typhoyde a marché avec l'encombrement. Ce sont surtout les 17e 18e et 19e arrondissements, où cet encombrement a été porté à son comble, qui ont le plus souffert de l'épidémie.

Cet accroissement de la population parisienne a été surtout produit par l'affluence à Paris des ouvriers en bâtiment, des ouvriers étrangers, en particulier des ouvriers italiens, attirés par l'abondance des travaux et l'élévation des salaires. La présence à Paris, à un moment donné, d'un nombre beaucoup plus considérable de jeunes gens mal nourris, mal logés, entassés dans des chambres malpropres ou plutôt dans les bouges infects ; la malpropreté des hommes, des lits, des chambres, des maisons, des cours et des rues, toutes ces causes réunies ont multiplié et condensé, pour ainsi dire, les conditions du développement de la maladie.

A ces causes, il faut ajouter le mauvais état d'entretien des égouts, surtout dans les quartiers excentriques, l'insuffisance de l'eau pour le lavage des rues et des maisons et pour les soins de la propreté personnelle ; l'insuffisance, pour la boisson, des eaux des sources de la Dhuis et de la Vanne ; le mélange de ces eaux avec les eaux de la Seine et de la Marne, souillées en aval et en amont de Paris par les déjections de toutes sortes, par les détritus résiduels des usines insalubres établies à leur voisinage ; les exha-

laisons méphitiques émanées de tous les dépotoirs qui entourent la capitale, etc., etc.

Tels ont été les éléments principaux auxquels il convient, suivant M. Rochard, d'attribuer l'origine de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

Pour remédier à cet état de choses, M. Rochard, après M. Proust et après M. Gueneau de Mussy, demande d'abord que l'hygiène publique soit enfin organisée. On ne fera de bonne hygiène que lorsque la direction et le soin de la santé publique seront remis entre les mains d'un pouvoir autonome, compétent et responsable, ainsi que l'a établi pèremptoirement, dans des travaux des plus remarquables, M. J.-A. Martin, rédacteur des *Bulletins* de l'Académie de médecine.

Il ne faut pas se dissimuler qu'il faudra encore beaucoup de temps et de nombreuses épidémies, avant que l'autorité consente à faire droit aux justes revendications du Corps médical. Les mémoires de M. Martin ont été envoyés depuis longtemps aux ministres compétents et ils dorment encore dans les cartons des ministères.

Mais il importe de traiter une pareille question, à la tribune de l'Académie, comme si l'on était les maîtres de réaliser les modifications que réclament les conditions défectueuses de l'hygiène publique.

Aucun dépotoir ne peut être établi sans l'autorisation de la Préfecture de police ; il faut que ces autorisations ne soient accordées qu'avec circonspection et réserve.

Il faut que l'eau soit mise en abondance à la disposition des habitants de Paris ; il faut qu'elle puisse être *gaspillée* pour les besoins de la propreté ; il faut, en outre, que pour les besoins de la boisson, on puisse boire partout de l'eau de source, ou si, en attendant, il faut se servir des eaux de la Seine et de la Marne, on puisse boire de l'eau non souillée par les dépotoirs et les égouts.

Il faut que la police tienne strictement la main à l'observation de la loi sur les logements insalubres, qu'elle s'assure que le chiffre des locataires n'est pas trop considérable, que les maisons les cours, les escaliers, les latrines sont dans des conditions convenables de propreté et d'entretien. Il faudrait surtout, à ce point de vue, favoriser la création de cités ouvrières où les conditions de salubrité et de bonne hygiène, en même temps que de bon marché, fussent réunies dans l'aménagement des maisons et des logements destinés aux ouvriers.

De pareils établissements pourraient être construits à peu de frais dans certains emplacements où se trouvent des terrains vagues que l'on pourrait acquérir à bon marché, et où s'élèveraient, grâce à des nivellements convenables, ces sortes de cités ouvrières. Il suffirait pour cela, que l'Etat, sans se faire entrepreneur de bâtisses, voulût bien faire appel à l'industrie privée et, pour l'encourager, exemptât de tout impôt, pendant un certain temps, les constructions nouvelles. Il faudrait que ces cités ouvrières fussent largement pourvues d'eau, de gaz, de bonnes routes desservies par des tramways ou des omnibus que l'on trouverait à petite distance de la cité. On verrait de cette manière s'opérer avec une facilité extrême le désencombrement de Paris, et l'on pourrait alors procéder, sans inconvénient sérieux, à la démolition des quartiers à logements insalubres.

Presque toutes ces mesures sont dans les attributions de la préfecture de police, qui peut les ordonner sans le concours des Chambres ni du Conseil municipal. Ces assemblées devront, il est vrai, intervenir pour l'approbation des dépenses et le vote des allocations budgétaires. Mais l'Etat, les Chambres, l'Administration, le Conseil municipal ne sont-ils pas tenus à faire tout le nécessaire pour la salubrité de la ville et pour prévenir le développement des épidémies ?

Quoi qu'il en soit, la tâche des Sociétés savantes, de l'Académie en particulier, est de signaler à qui de droit ce qu'il y a à faire pour l'hygiène et la salubrité des villes : quand elle aura poussé le cri d'alarme : *Caveant consules* ! ce sera aux consuls à aviser.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1882.— Présidence de M. Léon Labbé.

Perforation des artères situées au voisinage des foyers purulents.

M. Monod fait un rapport verbal sur une observation de M. Bouilly.

Le malade est un homme de 31 ans, atteint d'ostéomyélite du fémur, remontant à l'enfance. Un abcès se forme à l'extrémité inférieure de la cuisse, au niveau du creux poplité. M. Bouilly l'ouvre, évacue le pus, lave le foyer et place un drain. Les vaisseaux poplités étaient à nu au fond du foyer. Malgré l'opération, la fièvre persiste : et voilà que quinze jours après, une hémorrhagie formidable se fait pendant la visite dans le foyer de l'abcès. Une pince hémostatique est placée à la hâte sur l'artère poplitée, et M. Bouilly lie l'artère fémorale à sa partie moyenne. On constate à ce moment l'existence d'un second foyer purulent situé à la partie externe de la cuisse. Deux jours après, le malade était mort et, à l'autopsie, on constatait que l'artère poplitée, siège de l'hémorrhagie, et placée au contact d'un foyer purulent, était ulcérée.

D'où venait cette ulcération ? M. Desprès n'hésiterait certainement pas à incriminer le drain ; mais le drain était court, et rien ne prouve qu'il y eût contact entre lui et l'artère poplitée. M. Bouilly, partant de ce fait que le malade en même temps qu'il portait un foyer poplité, avait un second foyer fémoral, que ce dernier avait été méconnu ; qu'il avait entretenu une fièvre assez élevée et déterminé un état général fâcheux, n'hésite pas à placer sur le compte de la fièvre et de l'état général, de la septicémie, en un mot, l'hémorrhagie foudroyante qui a causé à brève échéance la mort du patient. M. Monod a dépouillé de nombreuses observations de perforations d'artères placées au contact de foyers purulents sans trouver la mention de cet état général dont parle M. Bouilly. En revanche, il croit posséder le mécanisme interne de ces perforations. L'artère située au voisinage d'un foyer purulent s'enflamme : et dans toute artérite la tunique moyenne de l'artère s'atrophie ; à cet amincissement, succède de proche en proche l'ulcération, la rupture, d'où hémorrhagie subite. Certain auteur étranger a admis l'usure des parois artérielles. Pour M. Lancereaux (voir son *Anatomie pathologique*), la perforation serait le résultat de l'inflammation suppurative des parois interne et moyenne.

Quoiqu'il en soit, une chose est certaine, c'est l'hypertrophie de la tunique externe, en d'autres termes, d'après M. Lancereaux, la formation d'une couche de bourgeons charnus autour de l'artère ; et c'est ici que, somme toute, la notion de l'état général grave de l'état fébrile, septicémique, invoqué par M. Bouilly, peut intervenir d'une façon efficace : sous l'influence de la fièvre, l'hypertrophie providentielle de la paroi externe, la couche protectrice de bourgeons charnus, peuvent manquer ; de là, paroi artérielle fragile, perforation, hémorrhagie.

M. Trélat. Il existe des hémorrhagies par ramollissement, par fonte des parois vasculaires, et des hémorrhagies septicémiques. De la première catégorie, M. Trélat a vu un fort bel exemple dans le service de Roux, dont il était l'interne. Il s'agissait d'un malade atteint d'abcès froid ; un vaisseau artériel se rompit en l'absence de tout phénomène septicémique. Mais il existe des hémorrhagies septicémiques et M. Trélat en a vu de nombreux exemples pendant la guerre de 1870 et le second siége de Paris. Les circonstances étaient presque toujours les mêmes : c'étaient des hémorrhagies artérielles qui, sous la seule influence de la septicémie, se reproduisaient sans relâche, quelque opération que l'on fît, ligature ou amputation; mais le mécanisme de l'hémorrhagie n'est pas le même dans

ces deux ordres de faits : dans la première variété, il y a perforation de la paroi artérielle ; dans le second cas, il y a suppression, de par la septicémie, des phénomènes plastiques qui doivent assurer l'hémostase ; partant, ces deux ordres de faits ne sont pas comparables.

M. VERNEUIL demande à replacer la question sur son véritable terrain. Il ne saurait être parlé en ce moment des hémorrhagies d'origine traumatique ; il faut se borner aux cas dans lesquels une artère intacte est placée au contact d'un foyer purulent. Or, dans ces conditions, il est des hémorrhagies d'origine septicémique, le fait n'est point douteux ; le cas est absolument comparable à celui des hémorrhagies qui se produisent après certaines dénudations traumatiques ; si le chirurgien, pendant une opération, dénude une artère, l'artère se couvre de bourgeons charnus ; il se fait de la périartérite protectrice ; mais survienne la septicémie ou un état général grave, et la couche granuleuse disparaîtra, et la tunique moyenne mise à nu se nécrosera et le vaisseau se rompra ; de là, hémorrhagie, car dans la septicémie on n'a pas à compter avec un caillot interne. En résumé, il existe deux sortes d'hémorrhagies septicémiques : 1. Des hémorrhagies liées à des blessures artérielles ; 2. Des hémorrhagies non traumatiques, que le vaisseau soit placé à côté d'un foyer purulent, d'un foyer fermé ou qu'il soit, au contraire, dénudé.

M. H. TRÉLAT. — Certainement ces deux catégories d'hémorrhagies existent ; mais, ce qu'il importe de noter, c'est que la marche et l'évolution de la lésion n'est pas la même dans les deux cas.

M. DESPRÉS. — M. Monod a parlé dans une communication récente de quinze cas d'ulcérations de la carotide interne à la suite de carie du rocher ; dans ces observations, le pus ne saurait être incriminé ; l'ulcération doit être attribuée à une blessure par séquestre ; le pus ne joue pas un rôle plus considérable dans le cas d'abcès tuberculeux et d'ulcérations artérielles consécutives ; le mécanisme de l'ulcération est celui de la destruction des vaisseaux pulmonaires dans le cas de cavernes tuberculeuses, et le pus n'a rien à voir dans les ulcérations tuberculeuses. Si l'ulcération est d'un mécanisme facile dans les catégories précédentes, il n'en est pas de même dans le cas d'abcès chaud et d'abcès froid proprement dit ; du reste, l'hémorrhagie actuelle est dans l'espèce prodigieusement rare.

M. LANNELONGUE. — La distinction que vient de faire M. Després entre les abcès froids et les abcès chauds n'est pas fondée ; l'abcès par congestion, par exemple, est le type des abcès tuberculeux ; or, dans ces abcès, les hémorrhagies sont la règle. La paroi de ces abcès se décompose en deux zones, l'une interne, regardant le centre de l'abés, zone en régression constante, l'autre regardant la périphérie de l'abcès. Dans l'épaisseur de la paroi sont logés de très gros vaisseaux capillaires, n'ayant qu'une seule rangée de cellules ; lorsque le travail de régression les atteint, cette paroi se rompt et du sang tombe dans la cavité de l'abcès. C'est là une première forme d'hémorrhagie ou d'hémorrhagie capillaire ; et de fait, il existe toujours ou des caillots ou des globules sanguins dans la cavité des abcès tuberculeux.

Mais supposons une artère avoisinant un abcès tuberculeux. Que devient la paroi artérielle ? Pendant que la tunique moyenne s'atrophie, la tunique externe s'hypertrophie, la tunique interne prolifère et la cavité de l'artère diminue d'autant ; parfois même elle s'oblitère totalement. Mais il se peut que la tunique externe, envahie par la zone d'accroissement de l'abcès tuberculeux, ne résiste pas, que la tunique interne cède à son tour ; et si la cavité de l'artère n'est pas oblitérée à ce moment, le sang du vaisseau s'épanche dans la cavité de l'abcès. Ainsi se fait l'hémorrhagie. De plus, tous les malades atteints d'abcès tuberculeux ont de la fièvre ; elle est plus ou moins forte, mais tous en ont ; or, il n'est pas douteux que cet état fébrile ne facilite le travail de régression des parois artérielles.

M. MONOD. — M. Després a invoqué les séquestres dans le cas du carie du rocher : ces séquestres, dans 15 observations, ont été constatés deux fois seulement ; de plus, le siège de l'ulcération a été constamment le même, au niveau de l'angle formé par la carotide interne dans le canal inflexe du rocher ; d'autre part, il existe deux observations incontestables : l'une d'ulcération de l'arcade palmaire superficielle dans un cas de phlegmon de la paume de la main ; l'autre d'ulcération de la carotide interne dans un cas d'abcès symptomatique de nécrose du maxillaire inférieur.

M. DESPRÉS. Une chose prime toutes les merveilles de l'anatomie pathologique, c'est l'observation des faits cliniques ; or M. Lannelongue, qui dit l'hémorrhagie être la règle dans le cas d'abcès tuberculeux, nombre de fois a-t-il vu les gros vaisseaux de la cuisse ulcérés par des abcès migrateurs ? Jamais, probablement. — M. Monod paraît s'étonner que l'ulcération de la carotide interne ait un siège constant dans les caries du rocher, si cette ulcération est due à l'os altéré. — Cette ulcération siége toujours au niveau de l'angle formé par la partie horizontale et la partie verticale de la carotide interne dans le canal inflexe : la raison en est bien simple ; si l'artère est ulcérée en ce point, c'est parce que c'est surtout en ce point que l'artère vient se blesser à chaque systole contre les parois dénudées et rugueuses du canal osseux.

M. TRÉLAT. — MM. Després et Lannelongue sont bien près de s'entendre et la clinique, dans l'espèce, me paraît pouvoir se concilier facilement avec l'anatomie pathologique. Si M. Lannelongue dit que l'hémorrhagie est la règle, c'est qu'il parle des abcès tuberculeux à leur période de début ou d'état. Si M. Després demande, et à bon droit, qu'on lui donne un cas d'ulcération de la fémorale par un abcès migrateur, c'est qu'il parle de l'abcès tuberculeux arrivé à sa période adulte, c'est-à-dire entouré d'une gangue fibreuse épaisse, et par conséquent rendu innocent. M. Lannelongue a raison dans le premier cas, M. Després dans le second ; non pas que l'hémorrhagie de la fémorale par exemple ne soit possible dans les cas d'abcès migrateur, mais elle est fatalement rare.

OSTÉOTOMIE. — M. VERNEUIL présente un malade chez lequel il a pratiqué une ostéotomie. Ce jeune homme, à la suite d'un traumatisme grave, avait une déformation telle de la cuisse que la marche lui était impossible. Tout d'abord, M. Verneuil pensa à une luxation obturatrice ancienne non réduite, mais le chloroforme ayant été administré, il se convainquit qu'il avait affaire à une fracture sous-trochantérienne non consolidée, et résolut l'ostéotomie. Ayant fait une incision longitudinale de six centimètres au-dessous du grand trochanter, il isola le fémur, décolla le périoste, et grâce au ciseau de Mac-Ewen, fit céder le fémur avec une étonnante facilité. Le pansement fut très simple et au bout d'un mois le malade était guéri. Aujourd'hui il marche très bien. M. Verneuil fait valoir et la facilité du manuel opératoire et l'extrême bénignité des suites.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, s'il a eu parfois des difficultés dans l'ostéotomie, a toujours eu à se féliciter de la bénignité de l'opération ; du reste une instrumentation nouvelle fera disparaître les difficultés opératoires.

AMPUTATION DE CUISSE. — M. DESPRÈS présente un malade auquel il a amputé la cuisse il y a vingt-huit jours seulement, et qu'il eût présenté la semaine dernière si la Société avait tenu séance. L'amputation a été faite par la méthode circulaire, et le pansement a été le « *pansement sale* » dans toute sa rigueur ; le classique diachylon, le linge troué enduit « *du cérat de nos pères* », la vulgaire charpie, rien n'y a manqué ; et cependant le malade n'a jamais eu de fièvre, il s'est levé dès le quinzième jour, et aujourd'hui la cicatrisation est complète. M. Després fait en outre remarquer que quoique l'amputation n'ait pas été sous-périostée, les parties molles étaient au bout de huit jours réunies aux parties profondes. Le pansement de Lister n'a pas, on le voit,

le monopole des succès. Le malade était, il faut le dire, dans d'excellentes conditions générales.

TUMEUR VASCULAIRE DU FÉMUR. — M. TH. ANGER présente une pièce fort intéressante. Le fémur est creusé au niveau de son extrémité inférieure d'une cavité inégale, nullement charnue, remplie de caillots sanguins et de quelques parcelles osseuses; au-dessus de la cavité sanguine est un petit abcès; l'excavation intra-osseuse communique avec une cavité sous-périostique également remplie de sang. Le périoste est ossifié sur les confins de la poche sous-périostique. La poche sous-périostique avait d'abord été prise pour un abcès sous-périostique et ponctionnée comme telle. Le malade amputé de la cuisse est mort d'accidents cardio-pulmonaires et à l'autopsie on a constaté, en même temps qu'une thrombose de l'artère fémorale, une embolie du cœur droit et de l'artère pulmonaire. S'agit-il d'un anévrysme des os ou d'une tumeur à myéloplaxes. A un examen rapide, M. Th. Anger ayant vu quelques cellules à myéloplaxes, pense qu'il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes. Un examen plus complet décidera.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1882. — Présidence de M. MILLARD.

STATISTIQUE. — M. *Du Castel* donne lecture des passages les plus importants de son rapport trimestriel sur les maladies qui ont régné à Paris pendant les mois de juillet, août et septembre de l'année courante. Nous y relevons certaines particularités que voici :

Les conditions atmosphériques ont été caractérisées par une température moyenne basse, par une pression barométrique faible, une tension électrique peu considérable, et des pluies abondantes.

La mortalité générale dans les hôpitaux est restée, pendant le troisième trimestre de cette année, au-dessous du chiffre qu'elle avait atteint pendant la période correspondante de l'année précédente, soit 3,545 décès au lieu de 3,650. Cette diminution est d'autant plus remarquable que pendant ce trimestre de 1882 la population hospitalière a été plus nombreuse que de coutume, l'administration de l'Assistance publique ayant été contrainte par l'épidémie de fièvre typhoïde d'augmenter considérablement le nombre de ses lits.

La diphthérie semble avoir perdu une partie de sa gravité pendant les trois mois dont il s'agit; la maladie a présenté une atténuation notable. Le nombre des décès qui, dans la période correspondante de l'année dernière, avait été de 536 pour la ville, est tombé cette année à 432. Dans les hôpitaux le nombre des admissions a été de 246 au lieu de 285 et celui des décès de 160 au lieu de 173. Ces chiffres indiquent également une amélioration sur le second trimestre de cette année où le nombre des décès avait été *en ville* de 728 et *dans les hôpitaux* de 267, les admissions s'étant élevées à 378.

Les fièvres éruptives ont été, pour la plupart, d'une grande bénignité; le chiffre de la variole s'est encore abaissé; la scarlatine a été beaucoup moins meurtrière; enfin si la rougeole est devenue beaucoup plus fréquente, sa gravité par contre a été notablement moindre et le chiffre des décès s'est abaissé sensiblement (14 décès au lieu de 25).

Quant à la fièvre typhoïde, à l'inverse de ces affections, elle a présenté une recrudescence considérable. Dès le commencement du mois d'août le chiffre des typhoïdiques s'élevait dans des proportions considérables et progressivement la maladie atteignait les développements effrayants que l'on sait. L'exacerbation actuelle de cette affection n'est pas, du reste, un fait propre à Paris, relevant de conditions sanitaires particulières à la capitale; dans presque toutes les grandes villes la maladie sévit actuellement ainsi que nous l'apprennent nos confrères des départements. Le chiffre des entrées dans les hôpitaux de Paris a été de 1,136 pendant le troisième trimestre de 1882, au lieu de 942 pendant la période correspondante de l'année dernière et le chiffre des décès de 322 au lieu de 301. Que faut-il penser de l'avenir de cette épidémie? La fièvre typhoïde est, parmi nos maladies endémo-épidémiques, celle qui subit le plus manifestement l'influence saisonnière. Après avoir atteint au printemps le point le plus déclive de sa trajectoire annuelle, elle s'élève lentement pendant l'été, subit une ascension brusque et considérable en automne et décline *lentement* pendant l'hiver. Son maximum de mortalité est habituellement au début du paroxysme automnal, et celle-ci s'abaisse ensuite rapidement pour arriver rapidement au minimum. C'est là une loi qui s'est trouvée absolument confirmée depuis 10 ans dans les hôpitaux de Paris; 6 fois le maximum de fréquence de la maladie s'est présenté en octobre, 2 fois en septembre, une fois en novembre, une fois en décembre.

La fréquence de la fièvre typhoïde, pendant le mois de septembre et le commencement d'octobre, a donc été le résultat d'une exacerbation normale rentrant dans les lois de l'évolution saisonnière de la maladie, mais tout à fait excessive, et ces lois ellesmêmes permettent d'espérer que la rémission constatée dans ces derniers temps est une rémission de bon aloi qui ne fera que s'accuser. Mais il est à craindre, car c'est aussi l'habitude, que cette décroissance ne soit lente, interrompue peut-être par quelques exacerbations et ne maintienne, pendant un certain temps encore, l'épidémie à un chiffre assez élevé. Il faut donc éviter de s'endormir sur une rémission toute saisonnière, il faut plutôt en profiter pour discuter et prendre les mesures susceptibles d'empêcher que l'exacerbation automnale prochaine ne soit encore plus terrible que celle à laquelle nous venons d'assister.

Enfin, M. Du Castel insiste sur la bénignité de l'épidémie actuelle et la rareté relative des cas mortels, 15 0/0 pendant le troisième trimestre 1882, c'est-à-dire chiffre tout à fait exceptionnel au moment d'un paroxysme épidémique. Ce sont surtout les hôpitaux d'enfants qui ont bénéficié de cette bénignité. Il signale aussi l'importance exagérée des accidents buccaux chez la plupart des typhoïdiques, accidents tenaces et persistant souvent jusqu'à la fin de la maladie, quel que soit le traitement local employé. M. Du Castel fait remarquer que la colonie étrangère — les Italiens surtout — a payé à la maladie un tribut considérable.

SYPHILIS ET ATAXIE LOCOMOTRICE. — Il s'agit dans l'observation communiquée par M. Rendu, au nom de M. Desplats (de Lille), d'un homme de 48 ans, qui fut atteint en 1858 d'une syphilis bénigne (chancre et accidents secondaires légers) sans aucun phénomène viscéral, et qui guérit parfaitement. Mais en 1862 premières douleurs fulgurantes auxquelles il n'attache aucune importance; en 1870, céphalée et paralysie du moteur oculaire commun qui disparaissent rapidement sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium. C'est seulement en 1881 que les attaques épileptiformes surviennent pour la première fois et le malade entre à l'hôpital de Lille. Les principaux symptômes sont, outre ces attaques, des douleurs fulgurantes, de l'incoordination des mouvements, de l'anesthésie diffuse de la région plantaire, l'abolition des réflexes tendineux, etc. Traité par l'iodure de potassium à la dose de trois grammes par jour et par quelques prises de salicylate de soude pour enrayer les douleurs fulgurantes, les accidents s'atténuent, la marche redevient possible, le reflexe rotulien reparait, les attaques cessent complètement et au mois de septembre dernier la santé générale est considérablement améliorée.

HYSTÉRIE FRUSTE CHEZ L'HOMME. — M. Debove communique le résultat de ses recherches sur l'hystérie à forme fruste principalement chez l'homme. Il a rencontré un certain nombre de cas présentant absolument les caractères identiques à ceux que l'on observe chez la femme.

Le premier fait rapporté par l'auteur est celui d'un homme chez lequel un traumatisme (brûlure du poignet) sur le territoire innervé par le nerf radial détermina, après la guérison de la plaie, des phénomènes de contracture, de l'hémianalgésie superfi-

cielle et profonde, une hémianesthésie tactile et sensorielle, etc., caractéristiques de l'hystérie.

La seconde observation est celle d'un garçon de 24 ans, très impressionnable, typhoïdique à l'âge de 16 ans, et qui à 22 ans en 1880 eut, sans cause appréciable, sa première crise hystérique ; vive contraction, frissons, langue tirée hors de la bouche, hyperesthésie cutanée excessive, etc. En 1881, seconde crise ; en juin 1882, troisième crise durant quatre jours ; au mois de septembre dernier, quatrième crise caractérisée surtout par des hallucinations qui durent deux jours. La cinquième crise a eu lieu le 23 septembre au matin, la sixième survient le soir du même jour et débute par des frissons avec claquement des dents, puis ce sont des chants, des injures ; l'hyperesthésie cutanée est des plus manifestes. L'accès dure quelques minutes et, après une certaine accalmie, il reparaît de nouveau et ne cède qu'après trois doses de chloral

Le troisième cas se rapporte à un sujet de 23 ans, dont plusieurs membres de la famille sont déjà hystériques. A 16 ans, il commence une vie irrégulière, devient nerveux, colère ; c'est dans un accès de colère que surviennent les premiers phénomènes de contracture. Une autre fois, la crise survient au bruit d'une pile d'assiettes brisées. De plus, le malade croit voir des fantômes, des spectres, etc. Enfin, les crises finissent par des soupirs et des larmes. Trois mois plus tard, il se réveille un matin avec une hémiplégie complète, laquelle dure trois mois.

A partir de 1879, il a fréquemment des bronchites accompagnés d'hémoptysies ; plusieurs fois, il est considéré comme tuberculeux, et l'auscultation semble indiquer des phénomènes graves ; néanmoins chaque fois il guérit et la pseudo-tuberculose ne laisse aucune trace.

Au mois de mars dernier, il a une nouvelle crise, mais ce n'est qu'après une nouvelle poussée congestive du côté des poumons, avec hémorrhagie, survenue au mois de juillet et durant un certain temps, que M. Debove est mis enfin, au mois de septembre, sur la voie du mal et diagnostique l'hystérie.

M. Debove rapporte encore, en terminant, quelques autres observations et cite notamment le fait publié par M. le docteur Courtat dans l'UNION MÉDICALE.

VARÈLE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 19 octobre 1882.

SUR UN COMMENCEMENT DE DIVISION DU POUMON CHEZ L'ORANG-OUTANG, par M. CHUDZINSKI.

Chez la plupart des mammifères, les poumons sont divisés en plusieurs lobes par des incisures qui traversent de part en part la masse pulmonaire.

Mais il existe de nombreux cas où les poumons sont tout à fait indivis et se présentent sous la forme d'une masse conique dont les faces sont absolument lisses. Cette disposition s'observe chez les Cheiroptères, à l'exception des Galéopithèques, chez certains phoques, les cétacés, les pachydermes comme le lama, les édentés, etc., enfin chez l'orang-outang, du moins chez l'orang *rouge*, variété la plus connue. Mais il existe une autre variété d'orang, qu'on peut appeler la variété brune. Or, chez deux sujets appartenant à cette variété, les seuls qu'il ait eus à sa disposition, M. Chudzinski a observé une incisure pulmonaire constituant un commencement de division du poumon en deux lobes.

Séance du 2 novembre 1882.

OBSERVATION DES GALIBIS DU JARDIN D'ACCLIMATATION, par M. L. MANOUVRIER.

Quelques-uns des faits contenus dans cette communication peuvent intéresser les médecins.

La tribu des Galibis amenée des environs de Cayenne à Paris se composait de quatre hommes, quatre femmes et plusieurs enfants.

La couleur de la peau est comprise entre le rouge brique et le brun chocolat. Les parties présentant la couleur la plus foncée sont la nuque et la région sacro-lombaire. La face, au contraire, est d'une couleur un peu plus claire. Chez les jeunes enfants, la peau est jaunâtre, ainsi que chez une métisse issue d'une femme Galibi et d'un Européen.

Les cheveux sont noirs, lisses, droits ou à peine ondulés, abondants. Chez une vieille femme âgée de 60 ans au moins, ils sont encore très touffus et entièrement noirs. Pas un seul cheveu blanc.

Les yeux sont noirs. Les paupières présentent, chez deux des enfants, le pli sus-caronculaire des Japonais.

Denture médiocre, incisives souvent dirigées en arrière.

Taille moyenne ou petite ; épaules larges, poitrine très développée. Mains et pieds petits.

Gros orteil parfois très écarté du second orteil.

M. Duhousset a vu l'un des hommes se servir du pied pour ramasser un objet à terre.

Les femmes portent autour de la partie inférieure de la jambe une sorte de large jarretière tressée sur place chez les enfants et à laquelle on ajoute des mailles au fur et à mesure de la croissance. La compression exercée par cet anneau donne aux jambes des femmes une forme particulière : le mollet est haut, très arrondi et comme fait au tour, ainsi que la partie inférieure de la jambe, qui est en même temps très fine.

Les femmes ont la lèvre inférieure percée à sa partie moyenne d'une épingle qu'elles gardent à cette place, la pointe en dehors. Elles se servent de cette épingle pour divers usages et la manient très adroitement avec la pointe de la langue. Les jeunes filles Galibis sont pourvues de cette épingle à l'époque de la puberté. Il paraîtrait qu'elle est aussi un symbole ou une garantie de chasteté et de fidélité conjugale. La perforation de la lèvre ne paraît donner lieu à aucun écoulement de salive.

Comme les petits nègres, les enfants Galibis paraissent être sujets à la hernie ombilicale. L'un des enfants était aussi affecté d'une ectopie des testicules. Les bourses étaient vides, mais l'observateur n'a pu s'assurer si les testicules étaient dans le canal inguinal ou bien étaient restés dans l'abdomen.

L'un des jeunes gens était atteint d'otite externe ; l'un des adultes était affecté d'une kératite d'origine traumatique avec hernie de l'iris.

Toute la tribu a été vaccinée avec succès dès son arrivée à Paris. L'analyse du lait, faite par Mme la doctoresse Brès, a donné une forte proportion de beurre. Ce fait soulève une discussion :

M. BORDIER croit y voir un caractère de race qu'il rattache à la facile production du pus et peut-être à la nature de l'alimentation.

M. SANSON s'élève contre cette interprétation. La composition du lait des Galibis ne peut être indiquée par une seule analyse, surtout si une petite portion seulement du lait contenu dans la mamelle a été analysée. La composition du lait n'est pas la même dans les diverses portions de la traite. La dernière portion est la plus riche en beurre et en matières fixes en général, et c'est à tort que les médecins recommandent aux malades de se procurer le premier lait sortant de la mamelle de la vache.

M. POZZI combat également l'opinion de M. Bordier et pense qu'il faut attribuer le fait en question à l'influence de l'alimentation.

M. SANSON n'admet point que la composition du lait varie sous l'influence de l'alimentation. Des expériences poursuivies pendant dix ans à l'école de Grignon lui ont montré que la composition du lait reste la même quelle que soit l'alimentation, et dépend seulement de l'individu allaité. Ce qui est sous l'influence de l'alimentation, c'est la quantité des matières fixes contenues dans le lait ; mais non les proportions de beurre, de caséine et de lactose, autrement dit la composition du lait.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude de la Pleurésie. Du moment où peut apparaître l'épanchement dans la Pleurésie franche aiguë, par le docteur Frédéric Sancet. *(Thèse de Paris, 1882).*

Comme on le voit par le titre de son travail, l'auteur s'est attaché à étudier un point spécial et intéressant de l'histoire clinique de la pleurésie : le moment où peut apparaître l'épanchement dans la forme franche aiguë de la maladie.

Après avoir constaté, d'accord avec la plupart des auteurs, que l'épanchement est la règle dans la pleurésie aiguë, tandis que la forme sèche y est, pour ainsi dire, une exception, M. Sancet aborde l'étude de son sujet et se demande à quelle époque de la maladie se manifeste, le plus ordinairement, la présence du liquide.

Les rares observations d'auteurs où cette particularité est indiquée, jointes aux cas très intéressants qu'il a recueillis lui-même dans divers services et notamment chez son maître, M. Dieulafoy, ont démontré péremptoirement à M. Sancet qu'il n'existait pas, à cet égard, de règle bien précise, et que l'épanchement pouvait survenir aux époques les plus variables dans la pleurésie aiguë. Tantôt la transsudation séreuse se fait presque instantanément, dans les 24 heures qui suivent les premiers symptômes de l'affection, notamment le point de côté ; tantôt, et c'est le cas le plus habituel, le liquide apparaît du deuxième au troisième jour. Enfin, quelquefois, les premières traces de l'épanchement ne peuvent être constatées qu'au sixième, dixième, dix-septième jour et même plus tard, sans qu'il soit possible de spécifier jusqu'à ce jour dans quelles conditions de sexe, d'âge des malades ou de génie de l'affection. Ici, l'auteur rapporte un cas remarquable observé par lui avec le plus grand soin chez un malade de M. Dieulafoy, et dans lequel les signes caractéristiques de la présence de l'exsudat, attendus dès le premier jour, ne sont apparus qu'au dix-septième.

Suit un tableau dans lequel se trouve consignée, pour rendre la démonstration plus claire, l'opinion des principaux auteurs sur l'époque d'apparition de l'épanchement dans la pleurésie aiguë.

Le travail consciencieux, bien présenté et bien écrit du docteur Sancet se termine par les conclusions suivantes :

1. Nous pensons que la pleurésie aiguë est presque toujours, pour ne pas dire toujours, accompagnée d'épanchement ;

2. Tant qu'on n'a pas vu survenir l'épanchement, on peut s'attendre à le voir se produire d'un moment à l'autre ;

3. Il est impossible d'assigner une époque fixe à l'apparition de cet épanchement ;

4. Il apparaît, en général, du deuxième au troisième jour de la maladie ;

5. Néanmoins, il y a des épanchements très précoces qui peuvent se montrer dès le premier jour de la pleurésie ;

6. Il y a également des épanchements fort tardifs qui peuvent se montrer au onzième, douzième, dix-septième jour, et même à une époque encore plus éloignée.

Dr E. Régis.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mathelin, qui a succombé en quelques heures, à l'âge de 34 ans, à des accidents cérébraux éclamptiformes. M. Mathelin était membre de la Société de médecine de Paris, où il avait promptement gagné la sympathie de tous ses collègues. Le secrétaire général de cette Société, M. de Beauvais, a été sur sa tombe l'interprète des regrets unanimes que laisse cette mort prématurée.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Edward Landowski, qui avait fondé en Algérie l'établissement sanitaire de Mustapha supérieur. Ce regretté confrère n'avait été précédé que de huit jours dans la tombe par sa femme. Il laisse cinq orphelins : pauvres enfants !

***

Mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — Les chiffres officiels fournis par l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de la ville de Paris donnent les résultats suivants pour les journées écoulées depuis notre dernier numéro :

Typhoïdiques. —	novembre 1882 9	10	11	12	13	14	15
Entrées dans les hôpitaux.	41	36	51	18	44	22	39
Sortis après guérison......	42	55	43	32	86	75	67
Décès................	9	5	9	9	7	4	6

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde existant dans les hôpitaux de Paris, le 9 novembre au matin, était de 1,758 ; il est aujourd'hui, 16 novembre au matin, de 1,558, soit une différence en moins de 198.

D'après les chiffres que nous rapportons ci-dessus, nous voyons que la moyenne a été, pendant les sept journées du 9 au 16 de 251 et celui des décès de 49, soit une moyenne journalière de :

35,88 pour les entrées,
7,» » pour les décès,

soit encore une différence en moins de 14,44 pour les entrées de chaque jour et de 2,43 pour les décès quotidiens. En résumé, la décroissance s'accentue assez notablement dans le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. Il n'en est pas tout à fait de même pour le nombre des inhumations de sujets typhoïdiques en ville. Nous trouvons, en effet, dans les documents fournis au Conseil municipal les chiffres de 10, 18, 16, 10, 13, 17 et 17 inhumations pour les journées des 9, 10, 11, 12, 13, 14 et 15 novembre, soit un total de 101 pour sept jours, ou une moyenne de 14,43 inhumations par jour ; cette moyenne quotidienne était de 14,57 par jour la semaine dernière, la différence est donc fort peu considérable.

***

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1882-1833. — Les cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant :

Physique médicale. — M. Gariel, suppléant M. le professeur Gavarret, lundi, mercredi et vendredi, midi.

Pathologie médicale. — M. Jaccoud, mardi, jeudi et samedi, trois heures.

Anatomie. — M. Sappey, lundi, mercredi et vendredi, quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard, mardi, jeudi et samedi, cinq heures.

Chimie médicale. — M. Henninger, suppléant M. le professeur Würtz, mardi, jeudi et samedi, midi.

Pathologie chirurgicale. — M. Duplay, lundi, mercredi et vendredi, trois heures.

Opérations et appareils.—M. Léon Le Fort, mardi, jeudi et samedi, quatre heures.

Histologie. — M. Ch. Robin, mardi, jeudi et samedi, cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène, mardi, jeudi et samedi, quatre heures.

Anatomie pathologique. — M. Cornil, lundi et mercredi, trois heures; vendredi, deux heures.

Cliniques médicales. — M. Germain Sée, à l'Hôtel-Dieu, lundi, mercredi et vendredi, neuf heures et quart.

— M. Lasègue, à la Pitié, mardi, jeudi et samedi, neuf heures.

— M. Potain, à Necker, lundi et vendredi, dix heures.

— M. Hardy, à la Charité, mardi et samedi, neuf heures.

Clinique des maladies mentales. — M. Ball, à l'asile Ste-Anne, dimanche et jeudi, dix heures.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Charcot, le vendredi à neuf heures et demie, à l'hospice de la Salpêtrière.

Cliniques chirurgicales. — M. Paul Berger, suppléant M. le professeur Gosselin, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, neuf heures.

— M. Trélat, à Necker, mardi, jeudi et samedi, dix heures.

— M. Verneuil, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, dix heures.

— M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, mardi et samedi, dix heures.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à la clinique, mardi, jeudi et samedi, neuf heures.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, lundi, mercredi et vendredi, neuf heures.

Clinique des maladies des enfants. — M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, mardi et samedi, neuf heures.

COURS AUXILIAIRES.

Physique biologique. — M. Gavarret, lundi, quatre heures.

Chimie biologique. — M. Henriot, mercredi, trois heures.

Histoire naturelle médicale.—M. Bocquillon, mardi, jeudi et samedi, deux heures.

Pathologie interne.—M. Rendu, mercredi, cinq heures.

Pathologie externe. — M. Terrillon, lundi, mercredi et vendredi, quatre heures.

Accouchements. — M. Charpentier, mardi, jeudi et samedi, midi.

Physiologie. — M. Cadiat, mardi, jeudi et samedi, midi.

Anatomie pathologique.—M. Joffroy, mercredi, deux heures.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique ont été autorisés, pour le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, les cours libres des médecins dont les noms suivent :

MM. Apostoli, Applications médicales de l'électricité. — Ballet, Anatomie et pathologie du système nerveux. — Bar, Obstétrique. —Batigne, Pathologie interne. — Cadier, Laryngologie.—Chéron, Gynécologie. — Dareste, Embryogénie.—De Sinéty, Gynécologie. — Doléris, Cours d'accouchements.—Dubar, Pathologie interne.—Dubuc, Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — Duret, Pathologie externe. — Ferdut, Accouchements. — Galezowski, Maladies des yeux. — Giraud, Pathologie et chirurgie dentaires. — Kirmisson, Pathologie chirurgicale. — Lardiley, Hygiène. — Le Noir, Anatomie et médecine opératoire. — Mallez, Pathologie et chirurgie des voies urinaires. — Picard, Maladies de l'appareil urinaire. — Reliquet, Maladies des voies urinaires.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 octobre 1882, M. Bellangé est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies mentales.

Par arrêté du 25 octobre 1882, M. Groslous est chargé, pour l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie.

* * *

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le concours de la section de pathologie interne et médecine légale commencera le 1er décembre prochain. Le jury se composera de M. Lasègue, président, et de MM. Fournier, Jaccoud, Cornil, Dieulafoy, de la Faculté de médecine de Paris, Mayet, de la Faculté de Lyon, Dupré, de la Faculté de Montpellier, et Bergeron, membre de l'Académie de médecine, juges titulaires; de MM. Brouardel, Laboulbène, Peter et Parrot, professeurs à la Faculté de Paris, juges suppléants.

* * *

M. Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 11 novembre 1882, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon le professeur a résumé l'Histoire de Gallien et de ses œuvres.

* * *

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES.—Le docteur Jules Simon a commencé son cours de thérapeutique infantile le mercredi 15 novembre et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

* * *

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes* — M. le docteur T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, a repris son cours de clinique médicale, sur les maladies des femmes, le samedi 11 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis : Consultation avec examen au spéculum :

* * *

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a repris ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le vendredi 10 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure (Salle Saint-Jean).

* * *

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Aug. Voisin reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses le dimanche 19 novembre, à neuf heures et demie, dans les salles de son service et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

* * *

Le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 20 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre numéro 2 de l'école pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 2 NOVEMBRE AU JEUDI 8 NOVEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 125. — Variole 4. — Rougeole 7. — Scarlatine 1. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 31. — Dysenterie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39. — Phthisie pulmonaire 184. — Autres tuberculoses 8. — Autres affections générales 54. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43, — au sein et mixte 27. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 72. — de l'appareil digestif 60. — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 995 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 47 25 NOVEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 23 novembre 1882.

PROJETS DE RÉFORMES DANS L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL : LES COURS LIBRES DANS LES FACULTÉS. — LES ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE ET LES ÉCOLES PRÉPARATOIRES. — LE CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES.

Un vent de réformes souffle évidemment sur nos institutions d'enseignement supérieur : chaque jour voit apparaître une circulaire du ministre de l'instruction publique, prescrivant une enquête sur tel ou tel point de notre système actuel d'organisation. La dernière a trait à la réglementation des cours libres dans les Facultés. On sait que, par suite de l'exiguïté des locaux et de l'insuffisance des autres ressources matérielles, l'enseignement libre n'a guère bénéficié de l'autorisation légale qu'au sein de la Faculté de médecine de Paris. Avec le développement que prennent les autres centres d'enseignement, il a paru utile d'étudier les conditions auxquelles les cours libres pourraient également y être autorisés ; c'est là l'objet de la circulaire.

Quel titre exigera-t-on des professeurs libres ? Le doctorat en médecine est-il assimilable, dans l'espèce, au doctorat ès sciences ou ès lettres, et le doctorat ès sciences médicales ne remplirait-il pas mieux le but ? L'Etat doit-il intervenir pour réglementer d'une façon générale la rétribution perçue par les professeurs sur leurs élèves ? Ne devra-t-il pas parfois rétribuer lui-même un cours fait avec soin pendant quelque temps ? N'y a-t-il pas lieu, quand le professeur titulaire a rempli ses obligations, de l'autoriser à ouvrir des cours complétaires rétribués par les élèves ? Telles sont, entre autres, les questions sur la solution desquelles le ministre consulte les Facultés et les Conseils académiques.

Nous ne faisons aujourd'hui que signaler cette circulaire, nous réservant de revenir sur cette question de l'enseignement libre, que nous avons d'ailleurs traitée déjà à plusieurs reprises dans ce journal. Nous voulons simplement rapprocher la nouvelle lettre ministérielle adressée aux recteurs des autres circulaires, que nous avons reproduites, et relatives à la constitution des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires, à la décentralisation totale ou partielle du concours d'agrégation, à l'institution d'un doctorat ès sciences médicales, etc. Toutes ces enquêtes, émanées de l'autorité supérieure, impliquent nécessairement un besoin de réformes et un désir d'y satisfaire. Mais, en pareille matière, la bonne volonté ne suffit pas : il faut préalablement avoir une connaissance exacte des choses qui demandent à être améliorées et, dans l'application des améliorations, il faut distinguer celles qui sont urgentes, utiles ou secondaires, pour commencer tout naturellement par les premières. En un mot il faut avoir un programme qui comprenne l'ensemble et spécifie, par ordre d'importance, les questions de détail.

Le gouvernement a-t-il un pareil programme ? A en juger par la succession et l'objet des enquêtes qu'il provoque, on est autorisé à répondre par la négative. On peut dès lors prédire

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Il semble que nous assistons à un commencement de renaissance littéraire dans le corps médical. On en trouve les signes dans le nombre, plus considérable que les années précédentes, des publications extra-scientifiques émanées de membres de notre confrérie. Force nous est de signaler ce phénomène dont nous ne pouvons que nous réjouir. Car depuis plusieurs générations médicales le niveau littéraire avait baissé parmi nous d'une manière déplorable. Beaucoup de nos confrères auraient cru déroger en ne restant pas (presque systématiquement) étrangers à tout ce qui n'est pas de la science. Cette sorte de positivisme, pour être pratique, n'en était pas moins terre à terre. Est-ce donc renier les études sérieuses que de savoir s'en abstraire et s'en distraire par moments ? N'obéit-on pas à un besoin plutôt qu'à une fantaisie, lorsque l'on cherche à se reposer des fatigues professionnelles ou des recherches scientifiques par une flânerie intelligente dans les régions de l'art ou de l'imagination ? Remercions donc M. Lasègue de nous donner mieux qu'une bonne traduction du Traité de la goutte, de Sydenham, de nous donner du même coup un bon exemple, lorsqu'il fait passer en excellent français le latin de l'Hippocrate anglais.

Redevenons, nous aussi, les lettrés que furent nos devanciers les médecins d'autrefois. Aussi bien, l'on a rétabli depuis tantôt vingt ans l'obligation du baccalauréat ès-lettres pour les aspirants au doctorat, montrons qu'il nous reste quelque chose de nos études scolaires.

Ne rougissons pas de lire même de la poésie. N'avons-nous pas vu cette année, à l'occasion du 1er janvier, un des doyens de la médecine, bien connu des anciens lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, le savant directeur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, présenter ses souhaits de bonne année aux abonnés de son journal par des vers qui représentent le code de notre pro-

sûrement que les réformes dont il s'agit, s'il les réalise, demeureront à pen prés stériles. Tout se tient, en effet, dans une organisation comme celle de l'enseignement; on ne saurait toucher à un ronage sans modifier les antres. Aussi, au lieu de morceler ainsi les enquêtes, eût-il été préférable de commencer par une enquête générale d'où serait sortie l'indication des points principaux sur lesquels devront porter les premières réformes.

Nous ferons une autre remarque. Dans toutes ces enquêtes, on interroge les principaux intéressés : c'est de droit et de bonne logique. Mais il n'est plus de bonne logique de n'interroger qu'eux, car leurs intérêts peuvent être distincts de l'intérêt général. C'est ce qui paraît évident quand on demande aux membres de l'enseignement officiel comment il faut organiser parmi eux l'enseignement libre, on à des professeurs et à des agrégés, si l'institution d'un doctorat ès sciences médicales, capable de diminuer l'intervalle qui sépare leur titre dn simple doctorat en médecine, est vraiment bien utile. Il serait donc bon, dans toutes ces enquêtes, d'interroger aussi l'opinion publique, et on le pourrait aisément en instituant, pour en réunir les éléments et élaborer les matériaux, des commissions mixtes composées de membres de l'enseignement et d'hommes étrangers à l'Université, mais ayant par leurs travaux, leurs publications, leur notoriété, fait preuve de compétence.

On tombe généralement en France dans deux ordres de défauts contraires. On voit tous les jours des commissions instituées dans un but déterminé ne renfermer dans leur sein aucun homme vraiment compétent. On sait, par exemple, que la médecine est exclue presque systématiquement des commissions où elle devrait avoir voix prépondérante. Par contre on voit d'autres commissions où certes la compétence regne, mais d'où est exclu tout homme étranger à l'église à laquelle appartient la commission, et d'où est banni ainsi tout élément d'opposition pouvant servir utilement d'amendement ou de contrôle.

Nous dirons quelques mots, avant de finir, dn projet relatif au doctorat ès sciences médicales. Ce projet a causé tout d'abord un étonnement général. Puis on l'a examiné et des opinions contradictoires se sont produites. Parmi les adversaires du projet, l'UNION MÉDICALE s'est inscrite la première, et son rédacteur en chef, M. L. Gustave Richelot, nous a pris à partie en caractérisant de *très personnel* l'article que nous avons publié récemment sur ce sujet. Certes quand nous écrivons et que nous signons un article, c'est avant tout notre opinion personnelle que nous exprimons, et nous n'entendons engager que notre propre responsabilité. Mais nous ne pensons pas que M. Richelot agisse différemment et que son opinion engage celle du journal tout entier qu'il dirige : son article est donc tont aussi *personnel* que le nôtre.

Du reste la valeur d'une opinion ne se mesure pas toujours au nombre des partisans qu'elle compte, mais à la valeur des arguments sur lesquels elle s'appuie. Nous examinerons prochainement ceux que, en dehors de nous, soit dans la presse, soit au sein des Facultés consultées, on a fait valoir pour et contre l'institution du doctorat ès sciences; nous répondrons en même temps aux objections de notre distingué et excellent confrère.

LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

A propos de la discussion sur la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine et de l'opinion unanime exprimée par tous les orateurs en faveur de l'institution d'une *Direction de la santé publique*, M. Henry Liouville veut bien nous rappeler les efforts que nous avons faits, chacun dans notre sphère, lui devant le parlement, nous dans la presse, pour la solution de cette importante question. Nos lecteurs trouveront dans les années antérieures de la GAZETTE ce que nous avons écrit à ce sujet; nous n'avons pas à le reproduire. Mais il nous paraît juste qu'on n'oublie pas les services rendus à la cause de l'hygiène par le député de la Meuse. Rapporteur du budget du ministère de l'intérieur en 1880 et 1881, notre zélé confrère a profité de la double occasion qui lui était offerte pour appeler l'attention du parlement et du gouvernement sur l'utilité, la nécessité, de réunir en un senl faisceau, sous une même direction indépendante et autonome, les services épars d'hygiène et d'assistance.

« La vigueur et la prospérité d'une nation, disait-il excellemment dans le rapport de 1881, dépendent en grande partie de la santé publique; et il vaut toujours mieux s'efforcer d'en prévenir les causes perturbatrices et destrucrives que d'avoir, faute de ce soin, à en réprimer les funestes effets, conséquences fatales de la violation des lois de l'hygiène. Une *Direction de la santé publique*, comprenant les divers services d'hygiène

---

fession (1)? M. Decbambre, du reste, n'en était pas à faire ses premières armes en versification, tant s'en faut. Cela a-t-il pu l'empêcher d'être un publiciste sérieux, savant, et l'un des plus laborieux, des plus féconds et à la fois des plus utiles parmi les écrivains médicaux de tous les temps? Assurément non.

Sainte-Beuve l'a dit : « Il existe chez les trois quarts des hommes un poète mort jeune à qui l'homme survit. » Pourquoi donc s'étonnerait-on qu'un médecin ait sacrifié aux muses? Et même s'il continue aprés avoir dépassé l'âge mûr, ne pourra-t-il pas alléguer comme excuse qu'il a obéi à ces vers d'Alfred de Musset répondant aux paroles de Sainte-Beuve :

Et souviens-toi qu'en nous il existe souvent
Un poète endormi toujours jeune et vivant.

Le culte de la science et le commerce des lettres ne sont donc pas incompatibles; il suffirait d'ailleurs pour s'en convaincre de jeter un rapide coup d'œil sur un certain nombre d'œuvres récentes.

I. Voici d'abord une œuvre d'imagination. Le fond en est toutefois on ne peut mieux scientifique et les éléments en sont empruntés à des études tout à fait à l'ordre du jour (1).

Il s'agit des *Mémoires d'un microbe*, et c'est un des professeurs les plus distingués et les plus instruits de nos Ecoles de médecine de province, c'est le docteur Wiart (de Caen) qui a tenu la plume pour nous transmettre les confidences du microbe.

Nous assistons à la naissance de cet infiniment petit. Sa jeunesse est remplie de jours de bonheur. Les microbes insouciants vécurent en effet longtemps ignorés et dans la plus complète indépendance, à la façon des Peaux-Rouges avant la découverte de l'Amérique. Les microbes ont enfin leur Colomb : un homme s'est rencontré, Leuwenhoeck, qui construit un microscope. Mais, pour avoir été aperçus, les micro-organismes n'en conservèrent pas

(1) Ce code poétique, M. Dechambre vient de le reproduire dans son si excellent article : DÉONTOLOGIE DU DICTONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

(1) *Mémoires d'un microbe*, par le docteur Wiart (de Caen), professeur à l'Ecole de médecine, 2e édition, In-18 de 128 pages. — Paris, chez Coccoz, 1882.

et d'assistance, permettrait d'arriver hien plus facilement à ce résultat, puisque la préservation et la guérison, s'éclairant mutuellement, empêcheraient de fausses interprétations des faits et assureraient, dans l'un et l'autre sens, des solutions sagement et scientifiquement combinées. »

Ainsi, voilà une question qui a été agitée, discutée, dans toutes les sociétés savantes, dans tous les congrès nationaux ou internationaux d'hygiène, dans la presse médicale ou extra-médicale; qui a reçu partout la même solution; qui arrive par voie de pétition devant le parlement, est accueillie favorablement par la commission et renvoyée au ministre de l'intérieur; qui occupe enfin, dans deux rapports hudgétaires successifs, une place toute spéciale et qui en est encore pratiquement au point où elle était au début. C'est cette force d'inertie, opposant une harrière à toute réforme utile, qui nous a fait terminer notre dernière revue par l'expression d'un sentiment de tristesse. Mais il ne faut pas, paraît-il, se décourager; à cette force d'inertie il faut opposer une persévérance non moins tenace; c'est, en effet, le seul moyen d'arriver, c'est aussi l'exemple que nous donne M. Henry Liouville. S'appuyant sur la discussion actuellement pendante devant l'Académie, il s'efforce de faire nommer une commission mixte, composée de délégués du ministère de l'intérieur et du ministère du commerce, qui chercheraient les voies et moyens de réaliser la réforme demandée. Puisse t-il réussir et hien mériter ainsi de l'hygiène publique !

Dr F. de Ranse.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des opérations graves chez les septuagénaires, par M. le professeur G. Eustache (de Lille).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

A ma connaissance, trois auteurs seulement se sont occupés de déterminer numériquement l'influence de l'âge sur le résultat des opérations en général et les amputations en particulier: ce sont Lawrie de Glascow *(Archives générales de médecine, 1841)*, Malgaigne *(Ibid. 1842)* et Fenwik, de Newcastle *(Ibid, 1848)*. Leurs conclusions ont été reproduites depuis par la plupart des traités de médecine opératoire.

Sur un total de 1250 cas qu'emhrassent ces trois statistiques, un petit nombre seulement (24, moins de 2 p. 0/0) se rapportent à des sujets âgés de plus de 65 ans, et la moyenne de mortalité est d'environ 50 p. 0/0, c'est-à-dire de 1 sur 2. Cette proportion, mise en regard des proportions trouvées pour les autres âges de la vie au moment où ces statistiques ont été dressées, est jusqu'à un certain point favorable et Malgaigne n'hésite pas à conclure que la mortalité, à la suite des grandes opérations, atteint son maximum de 55 à 65 ans et puis, chose remarquable, *semble décroître un peu au delà de ce terme.*

Mais, comme je le disais plus haut, ces résultats bruts ne prouvent pas grand'chose par eux-mêmes; aussi les auteurs des statistiques précitées se sont-ils efforcés d'en préciser certains détails. Peu ou point de renseignements encore au point de vue de la mortalité des opérés septuagénaires proprement dits.

Fenwick a essayé de déterminer la mortalité relative suivant les âges d'après différentes particularités, telles que la durée de la cicatrisation, le siège de l'amputation, la cause pour laquelle elle était pratiquée (amp. primitive, secondaire ou retardée); mais ses conclusions ne visent que peu ou point les sujets âgés de plus de 65 ou 70 ans; en effet, le petit nombre de ceux-ci s'oppose à des généralisations, qui sont, au au contraire, très possibles et du plus grand intérêt pour d'autres périodes de la vie.

Il semble toutefois, dit cet auteur, que les amputations pour cause pathologique sont plus favorables que les amputations traumatiques, qu'elles donnent aussi un meilleur résultat quand elles sont pratiquées sur les membres supérieurs (3 guéris sur 3) que lorsqu'elles ont pour siège les membres inférieurs (3 morts sur 4).

Je n'essaierai pas de poursuivre davantage les conclusions de ces calculs de probabilité dont la hase trop peu large manque de solidité. Tout ce que l'on peut en déduire, c'est que les opérations, même les plus graves, peuvent être pratiquées chez des vieillards âgés de plus de 70 ans avec un certain nombre de chances de succès, et que ces chances dépendent moins de l'âge des sujets que de leur état de santé antérieur et de la nature de la lésion pour laquelle on intervient.

Au premier abord, la vieillesse comporte tous les désavan-

---

moins leur liberté d'agir. Ce n'est que deux siècles plus tard que commença la guerre contre leur indépendance.

De cette guerre, qui, avec bien des péripéties, a duré près de vingt ans, on en trouvera tous les détails dans l'intéressant petit livre de M. Wiart, jusques et y compris le traité de paix final. Ce traité de paix a une sanction, qui consiste, on le sait, en une sorte d'obligation imposée aux microbes par le grand chef de leurs adversaires, par M. Pasteur. Les microbes vaincus et réduits seront employés désormais à vacciner leurs ennemis héréditaires, les grands organismes, et à les protéger contre les invasions de moins en moins menaçantes de quelques tribus de microbes non encore conquises par l'armée de M. Pasteur.

Bien pensé, lumineusement et élégamment écrit, fort habilement mené, l'intéressant volume de M. Wiart a de plus le mérite d'être un résumé très attachant, très complet et très lucide des recherches contemporaines sur les microbes.

II. En face des tentatives récentes et multipliées entreprises pour la réhabilitation intellectuelle de nos frères inférieurs, l'érudit bibliothécaire de la Faculté de Nancy a été presque indigné. Il a pris la plume; — *Facit indignatio versum,* avait dit Juvénal. — M. Netter n'était pas assez indigné pour faire des vers; il s'est contenté d'une brochure en prose, et en bonne prose (1).

Par un judicieux examen des faits les plus merveilleux qui aient été cités à l'actif de l'esprit des bêtes, M. Netter restitue à l'instinct ce qui n'est pas de l'intelligence Il démontre ce qu'ont d'imaginaire les prétendues facultés d'organisation attribuées aux peuplades de fourmis et aux familles d'abeilles, et loin d'admirer les institutions monarchiques de ces dernières, non plus que les vertus démocratiques et même le socialisme (Büchner) des premières, M. Netter répète, après Charles Bonnet et en connaissance de cause : « Ainsi que les abeilles, les fourmis ont eu plus de romanciers que d'historiens. »

Abordant la critique de quelques phrases de Broca sur les guerres de fourmis, phrases prononcées dans l'entrainement d'une discussion à la Société d'anthropologie, M. Netter fait ensuite le procès du livre récent de M. Alfred Espinas sur les *Sociétés animales* et réduit à leur juste valeur l'enthousiasme de cet auteur

(1) *L'Homme et l'Animal devant la médecine expérimentale*, par le docteur A. Netter. In-18 de 43 pages.—Paris, E. Dentu, 1882.

tages possibles lorsqu'il s'agit d'une opération. Plus un homme a dépassé l'âge moyen, plus il probable qu'il présente quelque affection organique, plus il est certain qu'il doit avoir de nombreuses dégénérescences. Comme conséquence de cet état de décrépitude organique qui porte surtout sur le système vasculaire, on a à redouter au premier chef les accidents de l'anesthésie, puis les congestions hypostatiques des viscères (poumons, foie, reins) et enfin l'atonie générale, qui aboutit si facilement à la mort.

Les vieillards sont, en outre, beaucoup plus exposés à mourir du choc opératoire, surtout quand celui-ci vient se surajouter presque immédiatement au choc traumatique. Ils supportent mal de grandes pertes de sang, une longue exposition au froid, un abaissement brusque de température, la privation d'aliments. L'état organique de leur système vasculaire les expose aux dangers des hémorrhagies secondaires en même temps qu'il prolonge la période de cicatrisation des plaies, la convalescence pendant laquelle la moindre affection intercurrente peut devenir mortelle.

En un mot, tout chez eux va à l'encontre du bien. Chez ceux qui semblent avoir bien passé les premiers jours, il n'est pas rare de voir survenir sans raison plausible de l'affaiblissement, du dépérissement graduel et la mort : pareille chose m'est arrivée pour le sujet de ma première observation, et c'est encore ce qui est à craindre dans un grand nombre de cas.

Il semblerait donc qu'aucune opération sérieuse ne devrait avoir chance de succès chez les septuagénaires, et pourtant les faits prouvent qu'il n'en est pas ainsi. Sur les trois cas que j'ai rapportés plus haut, deux guérisons ont été obtenues, dont l'une avec réunion immédiate d'une très large plaie : Malgaigne, disais-je encore, assure que la mortalité des opérés diminue après l'âge de 65 ans.

C'est que les années, considérées en elles-mêmes, sont une manière très infidèle d'évaluer l'âge, et comme le dit Sir James Paget (*Leçons de clinique chirurgicale*, trad. Petit, Paris, 1877, p. 7) : « Ce n'est pas le temps écoulé depuis la naissance d'un homme, mais la quantité de sa vie qu'il a dépensée, que nous devons calculer ; et pour cette évaluation, au point de vue pratique, les apparences sont moins trompeuses qu'un chiffre. »

Pour l'éminent chirurgien anglais, les vieillards se divisent en plusieurs groupes distincts, relativement à la manière dont ils supportent le traumatisme :

1° Ceux qui sont gras et bouffis, pâles, à chair molle, lourds, essoufflés, incapables d'exercice, paraissant plus vieux que leur âge : ils sont très mauvais ;

2° Ceux qui sont gras, florissants, pléthoriques, à peau ferme, doués d'une grande force musculaire, d'un esprit sain, qui ont le désir du travail comme des hommes plus jeunes ; ce ne sont pas de très bons sujets à opérer, mais ils sont à peine mauvais ;

3° Ceux qui sont minces, secs, vigoureux, qui ont la voix claire, le regard limpide, l'estomac bon, la volonté jeune, qui sont bien musclés et actifs ; ils sont de bons sujets et supportent très bien toutes les opérations, hormi cependant les plus graves ;

4° Ceux qui, assez semblables en apparence aux précédents, sont faibles et ont la peau molle, le pouls petit, l'appétit mauvais, les fonctions digestives languissantes : ceux-là sont aussi mauvais que possible : la mort par adynamie et inanition étant la règle presque absolue.

Si nous ajoutons à ces considérations tirées de l'aspect extérieur des sujets celles non moins importantes du genre de vie antérieur, des habitudes de sobriété ou de débauche, nous aurons tous les éléments du pronostic des opérations chirurgicales chez les vieillards. C'est ainsi qu'une vie rangée, régulière, uniforme, constitue une bonne condition ; la débauche habituelle et notamment les excès alcooliques, qui sont à peu près les seuls excès que l'on note chez les septuagénaires, sont, au contraire, la pire des complications, celle qui permet presqu'à coup sûr de prévoir un insuccès.

En résumé, la vieillesse est une complication réelle qui compromet le résultat d'un grand nombre d'opérations graves ; elle joue un rôle absolument identique à celle de la plupart des diathèses morbides, des affections constitutionnelles, rôle connu et défini de tout temps dans les écoles qui font profession d'idées générales et que M. le professeur Verneuil s'efforce depuis quelques années de vulgariser et de rajeunir.

Elle constitue elle-même une véritable diathèse, la *diathèse sénile*, avec laquelle il faut toujours compter, mais que l'on peut amender dans beaucoup de circonstances grâce à des soins divers, avant, pendant et après l'opération, qui constituent, à vrai dire, les moyens prophylactiques des accidents

---

pour les facultés intellectuelles des chiens, des castors, etc., aussi bien que l'étonnement de M. H. Milne-Edwards pour certains actes prétendus raisonnés des cyprins. Et M. Romanes, qui a admis chez un chien le sens moral, le remords, la conscience dans ce qu'elle a de plus élevé !

Ce qui manque en un mot aux animaux, serait, non seulement pour M. Netter, pour M. Franck, pour M. Henri Joly, mais même pour M. H. Milne-Edwards, la conscience de leur existence, l'idée de leur individualité, la notion du moi.

M. Netter, esprit très droit, a écrit une brochure pleine de verve et surtout de bon sens. C'est un document à lire et qui nous fait attendre avec impatience le livre promis sur *l'homme et l'animal*, dont nous n'avons-là que l'introduction.

III et IV. Le docteur Th. Caradec fils a droit à notre attention pour deux brochures. L'une, de polémique (1), s'adresse à la Ligue anglaise contre les vivisections. C'est la protestation vigoureuse d'un homme de cœur contre les sourdes menées d'une coalition de naïfs ou d'ignorants. Les droits de la physiologie expérimentale ont trouvé en M. Caradec un champion des plus convaincus et des plus fougueux.

La seconde brochure (1) est une courte et enthousiaste narration des campagnes d'Ambroise Paré (2).

La prose de M. Caradec, souvent trop solennelle, sent l'huile. La phrase est correcte, confectionnée avec soin, elle est travaillée ; et bien qu'on y aperçoive souvent les traits de lime, le style n'en reste pas moins précieux. En orfèvrerie c'est un avantage. C'est peut-être un défaut en littérature, même en littérature médicale.

(*A suivre.*) Dr ALBERTUS.

(1) LA DEUXIÈME A LA LIGUE CONTRE LA VIVISECTION ET DES DROITS DE LA PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, brochure in-8 de 27 pages. Paris, Coccoz, 1881.

(1) LES CAMPAGNES D'AMBROISE PARÉ, MÉDECIN DE CHARLES IX, Paris, Coccoz, 1881, in-8 de 20 pages. (Extrait du *Bulletin de la Société académique de Brest*.)

(2) Qu'il me soit permis de relever une bizarre coquille. Il est question de la prise de Théramène par Charles Quint : Théramène pour Thérouanne ! — Quelques pages plus loin M. Caradec, parlant du siège de Metz en 1552, nous dit : Bien des siècles plus tard, la plus belle armée de France capitulait, etc. Bien des siècles ! Est-ce le mot juste, quand il n'y en a guère qu'un peu plus de trois ?

graves qui menacent les opérés septuagénaires. Je me contenterai d'indiquer ici quelques-uns de ces soins, qui sont de mise dans tous les cas.

SOINS PARTICULIERS QUE RÉCLAMENT LES OPÉRÉS SEPTUAGÉNAIRES

a. Avant l'opération. — La faiblesse et la débilitation étant le cachet spécial de la sénilité, il faudra ne se résoudre à une opération, autre que les opérations d'urgence absolue pour cause traumatique, que tout autant que la santé générale et les fonctions digestives surtout sont en bon état. S'il n'en est pas ainsi au moment où le chirurgien est appelé, celui-ci retardera toute intervention et fera subir au sujet un *traitement préparatoire* convenable, qui est ici réellement indispensable. Cette préparation à l'opération sera d'autant plus nécessaire que cette dernière doit porter sur les membres inférieurs, entraîner un séjour au lit plus ou moins long, toutes conditions éminemment défavorables chez les vieillards.

En règle presque absolue, les opérations dites de *complaisance* seront rejetées.

b. Pendant l'opération. — Les vieillards sont exposés plus que tous les autres malades à mourir du *choc* opératoire ou de simple épuisement peu d'heures ou peu de jours après l'opération. Pour prévenir ce fâcheux accident, il faudra surveiller avec un soin minutieux certains détails de l'intervention chirurgicale.

C'est ainsi qu'on évitera autant que possible toute perte abondante de sang en faisant de l'ischémie préventive, en saisissant les vaisseaux, même les plus petits, dès l'instant de leur division, en multipliant les pinces hémostatiques et les ligatures, tant artérielles que veineuses, pour se mettre à l'abri des hémorrhagies primitives ou secondaires, qui sont loin d'être rares et qui offrent un sérieux danger.

De même, pendant l'opération, on évitera l'impression du froid et l'abaissement de la température du corps, et on n'opérera que dans une chambre chauffée ou exposée au midi.

On précipitera les divers temps de l'opération afin d'en abréger autant que possible la durée totale, en se rappelant qu'ici plus que partout ailleurs le *tuto* des auteurs est inséparable du *cito*. Chez l'adulte je me refuse à admettre ce vieil adage et je ne crois pas que *faire vite* soit synonyme de *faire sûr* : je professerais volontier l'opinion contraire ; mais chez les vieillard il doit servir de règle absolue.

Enfin, troisième point important à noter, il faut réduire autant que possible l'étendue de la plaie opératoire, parce que la cicatrisation marche lentement chez de pareils sujets, et qu'une convalescence trop longue est toujours pleine de dangers. Pour cela, on ne donnera aux incisions que l'étendue nécessaire et on emploiera des méthodes de pansement convenables ; on fera l'adossement exact des surfaces cruentées, et on tentera la réunion immédiate, sinon totale, du moins partielle. Celle-ci pourra être obtenue dans un grand nombre de cas. N'ai-je pas rapporté (Obs. III) un résultat de ce genre pour une plaie de plus de 25 centimètres de diamètre chez une malade de 76 ans ?

c. Après l'opération. Les soins consécutifs devront être minutieusement observés : je ne parle pas ici des soins que réclame la plaie elle-même, ni du meilleur mode de pansement à adopter. Sous ce rapport, rien de particulier à dire. J'envisage seulement ce qui a trait à l'alimentation et au séjour au lit.

Relativement à l'alimentation, elle sera substantielle et réconfortante dès le premier jour qui suit l'opération. La diète est une mauvaise chose qu'il faut absolument rejeter chez les vieillards. Le bouillon, les viandes saignantes, le vin et au besoin l'alcool en petite quantité doivent être prescrits presqu'aussitôt, et à doses rapidement progressives, suivant la tolérance de l'estomac. La diarrhée et la constipation seront sévèrement combattues. On tâchera en un mot de ramener aussi vite que possible le malade à ses habitudes antérieures et on éloignera de sa vue, aussi bien que de son esprit, tout ce qui pourrait l'impressionner fâcheusement.

C'est pour cela que le séjour au lit sera abrégé autant qu'on le pourra. Pour des opérations qui siégent sur la partie supérieure du tronc, au niveau de la tête ou des membres thoraciques, je ne crains pas de conseiller le lever dès le lendemain de l'opération, et de faire placer le malade dans un fauteuil près d'une fenêtre largement éclairée, exposée autant que possible au rayons du soleil, et cela pendant plusieurs heures.

Quand l'opération a porté sur la partie inférieure du tronc ou sur les membres abdominaux, on ne peut pus recourir aussi hâtivement à cette hygiène à la fois physique et morale ; aussi les dangers sont-ils plus grands et le pronostic moins favorable. On y suppléera par la bonne aération de la chambre, par son exposition au midi sur la campagne et les jardins, en un mot par tous les moyens capables d'impressionner agréablement les sens de l'opéré et d'éloigner de son esprit toutes les idées tristes. On fera en outre cesser le séjour au lit, dès que la marche des symptômes le permettra.

Grâce à ces divers moyens autant prophylactiques que curatifs, on peut entreprendre les opérations les plus graves chez des vieillards de plus de 70 ans, et espérer chez eux autant de succès qu'à tout autre âge de la vie.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. LES CRISTAUX D'HÉMINE ET LES RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES. —II. LE TATOUAGE CHEZ LES CRIMINELS.—III. MORT SUBITE PAR LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ DES ENFANTS A LA MAMELLE. — IV. VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE. — V. MORT SUBITE PENDANT UN ACCÈS DE COLIQUE HÉPATIQUE. — VI. LA PUTRÉFACTION DE L'UTÉRUS. — VII. MORT SUBITE PAR RUPTURE DE LA RATE. — VIII. DE LA VISION DES COULEURS. — IX. LA MORT DU PRÉSIDENT GARFIELD ET L'ÉTAT MENTAL DE L'ASSASSIN. — X. SENSIBILITÉ DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

Suite et fin. — Voir les numéros 43 et 46.

VII. La rupture de la rate est un fait peu étudié, quoique assez fréquent dans les pays en proie à l'impaludisme. M. le docteur Pellereau, médecin de la police à l'île Maurice, s'est occupé, au point de vue médico-légal, de cet accident comme cause de mort subite (1). Avant lui, un médecin de l'Inde, Norman-Chevers, s'était seul occupé des ruptures de la rate, dont il avait rapporté treize observations recueillies durant une période de onze ans (2). Dans l'espace de deux ans et demi, M. Pellereau, sur cinquante-quatre cas de mort subite, en a vu treize occasionnés par une rupture de cet organe.

La mort survient toujours par hémorrhagie, laquelle se

(1) Considérations médico-légales sur les ruptures de la rate. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, mars 1882.
(2) MANUAL OF MEDICAL JURISPRUDENCE IN INDIA, 1870, p. 457.

produit, soit petit à petit, soit en masse, selon les dimensions et le siège de la déchirure. — L'individu, aussitôt que la rupture a en lieu, ressent une vive douleur, pâlit, ses yeux se voilent, ses extrémités se refroidissent et son corps se recouvre d'une transpiration abondante et visqueuse. Parfois il survient des vomissements, ou bien il y a de l'incontinence d'urine ou des selles involontaires, et même émission de sperme. — Perte de connaissance, mort au bout de quelques minutes, et exceptionnellement au bout de quelques jours (dans un cas cité par M. Pellerean, une péritonite a eu le temps de se développer).

Dans toutes les autopsies qu'il a pratiquées, M. Pellereau a constaté une proéminence marquée de l'abdomen. — Le diaphragme est repoussé très haut par le refoulement des viscères, refoulement produit lui-même par l'épanchement sanguin.

Le médecin légiste devra donc avoir présente à la mémoire la possibilité d'une rupture *spontanée* de la rate, lorsqu'il se trouvera devant un cadavre de paludéen. Cette notion, en effet, suffira à faire écarter parfois le soupçon d'un crime par violences exercées sur la région splénique.

VIII. On savait depuis longtemps que lorsque l'œil a été vivement et longuement impressionné par une couleur quelconque, cet œil, même fermé, voit subjectivement pendant quelque temps la couleur complémentaire de celle qui vient de frapper sa rétine.

M. le docteur Gillet de Grandmont s'est occupé (1) de l'étude de cette question dans ses rapports avec la médecine légale. Pour établir que ces sensations subjectives s'imposent avec une telle force qu'elles peuvent troubler notre jugement, M. Gillet de Grandmont se sert d'un instrument qu'il appelle un *chromatoscope*. « Il consiste en un disque noir, présentant des fenêtres derrière lesquelles on fait apparaître, à volonté, des surfaces colorées ou des surfaces blanches. Si l'observateur immobilise sa fixation centrale en dirigeant le rayon visuel sur un point fixe du disque, il s'aperçoit au bout de quelques instants que les sensations lumineuses, très nettes, produites par les surfaces colorées, s'atténuent peu à peu pour s'éteindre s'il prolonge l'expérience ; mais, à ce moment, s'il substitue brusquement aux surfaces colorées, des surfaces blanches, il aperçoit tout à coup les couleurs complémentaires avec une pureté et un éclat inconnus. »

Les faits révélés par les expériences de M. Gillet de Grandmont sont tellement frappants que l'on peut se demander avec lui si « dans certaines circonstances, il ne peut pas y avoir eu des erreurs sur la personne. Exemple : Une femme travaille auprès d'une fenêtre au sarreau bleu de son mari, tout à coup on crie : « Au voleur ! » elle tourne la tête, et voit un homme qui se sauve, et dit : « Je l'ai vu ! il était en chemise jaune ! » On arrête un inconnu vêtu de jaune, le voleur était en blanc, mais l'ouvrière l'a vu jaune parce que son œil était fatigué par le bleu. »

IX. L'assassinat du président des Etats-Unis et l'examen de l'état mental de l'assassin ont été le sujet d'articles fort intéressants pour la médecine légale (2). D'après le rapport de l'autopsie du président Garfield, publié dans le New-York Medical Record, il ressortirait que la mort doit être attribuée à des accidents septicémiques causés par la blessure, et que l'hémorrhagie survenue dans la cavité péritonéale a été la cause de la mort subite.

Quant à Guiteau, si l'on consulte ses antécédents héréditaires (1), aussi bien que ses antécédents personnels, on arrivera, croyons-nous, à partager l'opinion émise par le docteur Ch. Folsom (dans le Boston Medical and surgical Journal), qui conclut à la folie. Cependant, chez Guiteau, le crime et la folie sont « mélangés à un tel point, que j'aurais besoin, ajoute M. Folsom, d'être mieux renseigné pour me former une opinion arrêtée sur le châtiment à lui infliger. »

X. Quelles sont les sensations que perçoivent les femmes, lors de l'introduction d'un instrument mousse dans l'utérus ?

Telle est la question, on ne peut plus importante dans les inculpations d'avortement, que M. Paul Berger a cherché à résoudre (2). Les résultats de ses recherches peuvent se ranger en trois groupes :

1° *L'utérus est à l'état de vacuité.* — M. Berger, en introduisant soit l'hystéromètre, soit des sondes en étain flexible (dans certain cas de déviations et de flexions utérines), soit des bougies en gomme, soit la curette de Récamier, a fait les constatations suivantes :

« L'introduction d'un instrument mousse dans la cavité cervicale n'est nullement perçue par la malade ; les manœuvres qui se font dans l'intérieur de la cavité cervicale ne le sont pas davantage, à moins qu'elles n'aient pour effet d'imprimer à l'organe, soit un mouvement de totalité, soit un changement de direction. La femme éprouve alors des sensations douloureuses ou incommodes, mal définies et le plus souvent rapportées au bas-ventre. »

2° *L'utérus est distendu par des produits pathologiques.* Les manœuvres opératoires, pratiquées même avec une certaine force, n'ont déterminé ni douleurs ni sensations spéciales, « à moins cependant que ces manœuvres n'exercent sur les parois de l'organe une action traumatique intense ou ne leur impriment, comme les tractions exercées sur les polypes, un déplacement qui se transmette aux moyens de fixité de l'utérus. »

Cette insensibilité, ajoute M. Berger, de la surface interne de l'utérus dans les opérations contraste avec la gêne et la douleur que provoque la distension du vagin par les instruments et les doigts de l'opérateur au commencement de l'opération.

3° *L'utérus renferme le produit de la conception.* — Dans un cas de rétrécissement très étroit du bassin, M. Berger et M. Ribemont ayant été obligés de provoquer l'avortement, la femme (une syphilitique, âgée de 23 ans), a affirmé ne rien sentir pendant l'introduction d'une bougie ; elle n'a fait aucun mouvement. La bougie est fixée à demeure. Le surlendemain, la bougie s'étant déplacée, on la pousse, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, jusqu'à une profondeur de 14 à 16 centimètres environ dans la cavité utérine. La malade affirme ne rien sentir. Le troisième jour, la poche des eaux se rompt, et le cinquième jour le fœtus mort était expulsé.

(1) Bulletin de la société de médecine légale, et ann. d'hyg, de juillet 1882.

(1) On peut lire dans les Annales d'hygiène publique de février et de juillet 1882, un bon résumé de ces faits dû à la plume de M. le docteur Lutaud

(1) Voir un article du docteur P. Rodet dans le Journal de Médecine de Paris.

(2) Annales d'hygiène, octobre 1882.

En résumé, les manœuvres abortives pratiquées au moyen d'instruments mousses maniés avec précaution ne déterminent pas de douleur. Mais les recherches de M. Berger ne s'appliquent ni aux injections intra-utérines d'un emploi si fréquent dans la pratique criminelle des avortements, ni à la manœuvre, beaucoup plus rarement employée, qui consiste à rompre directement les membranes avec l'instrument introduit au travers du col utérin.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 novembre 1882. — Présidence de M. Jamin.

Physiologie. — Sur le réflexe vaso-dilatateur de l'oreille. Note de MM. Dastre et Morat, présentée par M. Paul Bert

Des recherches que nous avons eu l'honneur de communiquer à l'Académie nous ont permis de conclure que le système nerveux grand sympathique est un *système mixte*, qu'il contient à la fois les deux espèces d'éléments nerveux qui commandent le mouvement des vaisseaux, les dilatateurs et les constricteurs. Nous avons placé l'origine apparente des dilatateurs dans les rameaux communiquants sympathiques. La réalité de cette disposition a été démontrée pour la plupart des dilatateurs de la région de la bouche et de la face et pour ceux de l'oreille: nous l'avons annoncée pour le membre supérieur et le membre inférieur. Des physiologistes qui résistaient d'abord à cette conception ont dû l'accepter; et l'on considère comme un fait acquis, par exemple, l'existence, dans les rameaux communiquants abdominaux, des filets vaso-dilateurs du membre inférieur (1)

Ce point principal étant établi, il devenait facile de suivre le parcours des excitations nerveuses qui, parties de certains points de l'appareil sensitif, vont provoquer les dilatations réflexes dans différentes régions de l'organisme. Ce parcours comprend en effet trois parties: les voies centripètes sensitives dont la détermination est faite déjà par les anatomistes, les centres nerveux intermédiaires et la voie de retour, jusque-là ignorée et que nos expériences faisaient précisément connaître.

Il nous a été possible ainsi de donner comme type de ce genre d'études l'analyse de quelques réflexes bien connus des physiologistes (2). L'un des plus intéressants est le *réflexe auriculaire* ou *réflexe de Snellen*

Le principal nerf sensitif de l'oreille est le grand auriculaire, branche du plexus cervical. Les excitations sensitives exercées sur l'oreille sont, grâce à lui, conduites à la moelle par l'intermédiaire de la deuxième et un peu de la troisième racine cervicale postérieure. Or, si l'on coupe ce nerf et que l'on excite son bout central, on produit une congestion réflexe de l'oreille, souvent énorme. Cette vaso-dilatation est précédée d'une légère constriction, si le courant excitateur est moyen: elle apparait d'emblée s'il est fort. MM. Schiff, Snellen, Loven, Rouget, etc., ont étudié ce phénomène. Nous ne rappellerons pas les diverses explications qui en ont été données.

L'explication réelle est devenue à peu près évidente lorsque nous avons eu signalé les voies de retour par lesquelles l'excitation pouvait revenir de la moelle vers l'organe. Ces voies de retour sont les nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille qui sortent de la moelle par la huitième paire cervicale et les deux premières paires dorsales et passent de là dans le sympathique. Il ne restait plus, pour connaître le parcours complet de l'influx nerveux, qu'à déterminer son trajet dans la moelle.

Les expériences suivantes répondent à cette question:

1o Sur un lapin de pelage blanc, on fait une hémisection de la moelle cervicale, en un point qui ne doit pas être situé plus haut que la troisième paire cervicale, ni plus bas que la septième. Cette opération est suivie d'une vive congestion de toute la tête, principalement de l'oreille du côté correspondant. Cette congestion se dissipe au bout de quelques heures: elle était donc le résultat d'une excitation et non un phénomène paralytique.

La circulation de l'oreille étant redevenue normale, on coupe des deux côtés le nerf auriculo cervical, et l'on excite le bout central attenant à la moelle. Du côté sain, la congestion réflexe se produit: du côté de l'hémisection médullaire, elle ne se produit pas.

2o L'opération peut encore être conduite autrement. On peut, au lieu d'une hémisection, pratiquer une section complète, à la condition d'entretenir artificiellement la respiration. Après une ou deux heures, lorsque la congestion opératoire aura disparu, on pratiquera l'excitation du nerf aurico-cervical de chaque côté. L'excitation n'a plus d'effet: la circulation de l'oreille n'en est pas affectée.

Ces deux façons de procéder conduisent à la même conclusion; mais la première est préférable, parce qu'elle permet de comparer au même instant, sur le même sujet, le phénomène normal du côté sain avec le phénomène modifié, du côté opéré.

Quoi qu'il en soit, la conclusion commune, c'est que l'interruption de la continuité de la moelle entre la deuxième et la huitième paire cervicale a pour effet l'abolition du réflexe vaso-dilatateur auriculaire. L'intégrité du segment médullaire compris entre ces deux points est une condition nécessaire du phénomène. Autrement dit, l'excitation qui est transmise à la moelle par le nerf grand auriculaire et qui atteint celle-ci par des filets de la deuxième et quelques-uns de la troisième racine cervicale, cette excitation doit descendre jusqu'au niveau de la huitième racine cervicale et des premières racines dorsales pour y trouver les voies de retour qui l'amèneront par le sympathique aux vaisseaux de l'oreille.

Il est à noter que l'hémisection de la moelle au-dessous de la sixième paire dorsale n'exerce aucune influence sur le réflexe. L'intégrité du segment situé au-dessus de ce point est donc une condition nécessaire et suffisante à la production du phénomène (1).

(1) Comptes rendus, t. XCV; p. 866, 6 novembre 1882.

(2) Société de Biologie, 29 janvier 1881; *Archives de Physiologie*, 15 octobre 1882.

(1) Travail du laboratoire de M. Paul Bert, à la Sorbonne

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret

La correspondance non officielle comprend: 1o une lettre de M. le docteur Onimus, candidat pour la section de physique et de chimie médicales; 2o un travail de M. le docteur Arnaud sur le mécanisme de la syncope et de la mort subite (Comm. MM. Vulpian et Duval); 3o une lettre de M. le docteur Millot-Carpentier (de Montecouvez), accompagnant l'envoi de quatre observations d'ovariotomie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant; 4o une note de M. le docteur Dubreuil (de Bordeaux) sur la propagation du cowpox (d'Eysines).

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. — M. Henri Gueneau de Mussy appelle l'attention sur un point déjà signalé par ses prédécesseurs, l'influence des diverses qualités de l'eau potable dans l'épidémie actuelle. On sait que l'eau souillée de matières fécales est un des plus puissants véhicules de la fièvre typhoïde. Si l'on accorde que l'introduction de matières fécales dans les eaux consommées en boisson peut amener le développement de cette maladie, à plus forte raison accordera-t-on que la présence des

déjections typhiques dans les eaux potables doit avoir les plus grands inconvénients. A ce point de vue, M. Gueneau de Mussy dénonce particulièrement l'Ourcq qui, à l'heure actuelle, fournit encore la proportion la plus considérable de l'eau distribuée aux Parisiens. Rappelant le rapport de M. Lancereaux sur les épidémies en 1879, et les statistiques de M. Bertillon, l'orateur montre que le XVIII° arrondissement, le plus immédiatement en rapport avec le canal de l'Ourcq, a ét le plus frappé.

Sur les 380,000 mètres cubes d'eau distribuée dans Paris, l'Ourcq en fournit 105,000, c'est-à-dire plus d'un quart. Il abreuve, en temps régulier, près de 600,000 habitants, répartis dans les diverses parties de la ville. Ce n'est pas selon le quartier qu'on habite, mais selon le prix qu'on paye, qu'on reçoit de la bonne ou de la mauvaise eau. Encore arrive-t-il souvent que les abonnés à l'eau de la Dhuys ou de la Vanne reçoivent de l'Ourcq, sans en être prévenus et sans, par conséquent, pouvoir prendre aucune précaution contre le danger que cette eau comporte avec elle.

Quel remède peut-on opposer à cet état de choses?

On ne peut se passer de l'eau de l'Ourcq avant qu'on en ait trouvé de meilleure à lui substituer. Elle doit être filtrée; mais souvent la ténuité des germes qu'elle contient leur permet de s'échapper à travers le filtre. Pour être claire elle n'en est donc pas moin- nuisible. Il ne peut être question de recourir aux filtres de laborato.re, plus dangereux qu'utiles, et pouvant eux-mêmes devenir de véritables sources d'infection. Une autre précaution illusoire est celle qui consiste à rendre l'eau gazeuse. Reste un moyen efficace, mais d'un emploi difficile: porter l'eau potable, pendant quelques minutes, à la température de l'ébulition, l'aérer ensuite par le battage ou son écoulement goutte à goutte d'un vase dans un autre. Ce moyen, s'il pouvait être généralisé, deviendrait une ressource prophylactique des plus précieuses. Ce qui précède peut s'appliquer à d'autres eaux qu'à celle de l'Ourcq.

Lorsque la Compagnie des eaux se trouve obligée, pour une raison quelconque, d'envoyer de ces eaux dangereuses à la place de celles de la Dhuys ou de la Vanne, elle devrait en prévenir les intéressés, au moins pourrait-on essayer d'opposer au péril quelque moyen de défense.

Le vrai, le seul remède préventif, serait un approvisionnement d'eau en quantité suffisante et protégée contre les impuretés du dehors. Plusieurs grandes villes de l'Europe, Vienne, Bruxelles, Lausanne, etc., jouissant de ce bienfait, ont vu diminuer, dans une proportion considérable, le chiffre des malades. M. Gueneau de Mussy croit qu'il ne faut pas désespérer de voir s'accomplir, à Paris, les mesures qu'on a su prendre à Bruxelles, le personnel, ni l'argent ne faisant défaut; et il insiste sur la nécessité de l'établissement d'un bureau d'hygiène qui, calcul fait, ne coûterait pas plus de 360,000 francs, soit 20 centimes par habitant. Ne serait il pas ridicule d'invoquer la raison d'économie pour maintenir ce déplorable *statu quo*. Mais il ne suffirait pas de posséder un irréprochable système d'égouts, un excellent bureau d'hygiène. Nous ne serons pas à l'abri de la fièvre typhoïde tant que rien ne sera changé aux conditions de l'eau qui abreuve notre population.

M. HARDY. Ceux de mes collègues qui m'ont précédé à cette tribune, ont traité avec une grande élévation les questions d'étiologie et de prophylaxie de la fièvre typhoïde. Mon intention est de m'en tenir uniquement au point de vue pratique. J'ai quelques observations à présenter sur ce qu'a dit, à ce sujet, M. Hérard, dans l'une des précédentes séances. M. Hérard s'est, en quelque sorte, fait l'éditeur responsable de certaines médications énergiques qui ont été mises en usage dans le cours de cette épidémie, telles que l'acide salicylique, l'acide phénique, le sulfate de quinine. M. Dujardin-Beaumetz a déjà protesté très vivement contre l'usage de ces médications. Je proteste aussi contre la prétendue innocuité de quelques-unes d'entre elles.

Lorsque j'ai repris le service de la Charité, j'ai trouvé, le 4 novembre, une femme qui était congestionnée, elle avait, à la fois, une congestion pulmonaire et une congestion cérébrale avec une profonde stupeur. En jetant les yeux sur la feuille de température, j'ai vu que la température était tombée, depuis la veille ou l'avant-veille, de 40; de 41o elle était descendue à 37o. M'étant informé alors de ce qui avait été prescrit à cette malade, j'ai appris qu'on lui avait donné la veille, ainsi que les jours précédents, 2 grammes de sulfate de quinine et 50 centigrammes d'acide phénique. J'avoue que je n'ai pu me défendre de l'idée que cette médication ne devait pas avoir été étrangère à l'état où se trouvait cette femme. Je fis cesser la médication et lui substituai l'usage du quinquina associé à l'opium. Le soir, la température avait continué à baisser encore, mais sans que les symptômes graves constatés eussent diminué. Aujourd'hui, cette malade est en meilleur état.

Deux jours après, dans un service voisin, une femme succombait rapidement; depuis deux jours, elle prenait 2 grammes par jour de sulfate de quinine.

A peu près au même moment, un malade mourait à l'Hôtel-Dieu, subitement, après avoir pris 3 grammes de sulfate de quinine. J'ai appris encore, depuis, un autre cas d'issue funeste dans les mêmes circonstances.

Je n'ignore pas que la mort subite survient quelquefois dans la fièvre typhoïde, sans qu'on puisse la mettre sur le compte de la médication mise en usage. Un de nos collègues des hôpitaux, M. Dieulafoy, a étudié les causes de quelques-unes de ces morts subites; mais, en réalité, c'est un accident extrêmement rare. Or, je viens de vous citer quatre cas de mort subite qui ont eu lieu en l'espace de trois mois. Je ne peux pas en conclure absolument que ces quatre cas de mort subite soient le résultat direct et immédiat de l'administration du sulfate de quinine, mais il y a du moins, on en conviendra, des motifs de le soupçonner fortement d'en avoir été la cause.

Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois que le sulfate de quinine à hautes doses a eu des effets désastreux. Qu'on se souvienne des cas de mort qui eurent lieu coup sur coup à l'époque où notre ancien collègue Briquet avait préconisé l'efficacité du sulfate de quinine à doses massives dans le rhumatisme articulaire aigu. J'invoquerais au besoin le témoignage de M. Bernutz qui a été témoin dans le temps d'un fait de ce genre.

Cela me paraît grave, d'autant que je suis porté à penser que si le nombre de ces accidents n'a pas été plus grand, cela pourrait bien tenir à ce que chez un grand nombre de malades les quantités de sulfate de quinine administrées n'ont pas toutes été absorbées. Aussi ne saurais-je trop m'élever contre les doses massives de sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.

Quant aux autres agents, l'acide salicylique, l'acide phénique, je manque de documents suffisants pour les apprécier au même point de vue.

Maintenant, ces accidents mis à part, M. Hérard est-il aussi fondé qu'il paraît le croire à vanter l'efficacité du sulfate de quinine dans l'affection dont il s'agit. Il nous dit que, sur six malades traités ainsi, il a eu cinq guérisons et un cas de mort. Mais je ne vois pas qu'il ait eu un avantage dont il ait tant à se louer. C'est à peu de chose près la proportion moyenne de la mortalité (16 p. 100). Il n'y a là ri en de merveilleux.

J'ai fait relever à l'hôpital de la Charité la statistique des malades entrés à cet hôpital en août, septembre et octobre. Il en résulte une mortalité de 14 p. 100. Dans l'un des services, elle a été de 15 p. 100, dans un autre, de 16. Mais ce qui établit la moyenne de 14 p. 100, c'est la très faible proportion de mortalité qui a eu lieu dans le service de M. Desnos (7 p. 100). Or, le traitement mis en usage dans ce service a été celui qui est le plus généralement adopté, et qui consiste en purgatifs, toniques, alimentation légère, etc., etc. Vous avez entendu M. Dujardin-Beaumetz vous dire que, sur quatre-vingts malades, il n'en a perdu que quatre, et il a ajouté qu'il avait eu recours aux méthodes ordinaires.

Enfin, si nous remontons à 1881, où les cas de fièvre typhoïde étaient déjà nombreux et où elle présentait à peu près les mêmes

caractères qu'aujourd'hui, sur trente-huit maladse que j'ai eu à traiter dans mon service dnns le cours de cette année, je n'en ai perdu que deux et cependant j'ai eu des cas graves. Quelle méthode ai-je employée ? Des purgatifs, des toniques, des lavements frais, une alimentation légère. J'ai quelquefois eu recours au sulfate de quinine, mais seulement dans les cas où la maladie présentait des phénomènes de rémission marquée, et je n'en ai jamais élevé la dose au-dessus de 1 gramme.

On me dira : Mais l'hyperthermie, cette bête noire de quelques médecins ? Pour moi, je n'en ai pas tant peur. Elle est dans l'essence de la fièvre typhoïde où l'on voit la température s'élever souvent à 39o, 40°, 41, sans qu'elle ait pour cela plus de gravité. Quand je trouve cette température, je n'en suis pas effrayé, mais à une condition, c'est que le pouls ne soit pas élevé dans la même proportion. Je crois qu'on néglige trop aujourd'hui le pouls, dont il faut tenir compte autant au moins que de la température, non seulement dans sa fréquence, mais dans ses autres qualités. J'ai vu souvent avec 40o ou 41o de température le pouls ne pas s'élever au-dessus de 100 et rester parfois même au-dessous, car il n'en est pas dans la fièvre typoïde comme dans la pneumonie, où la température et le pouls marchent presque toujours parallèlement ; si bien que ce défaut de rapport me suffit quelquefois, dans des cas douteux, pour me faire diagnostiquer une fièvre typhoïde. En présence de ce désaccord, j'incline en général à porter un pronostic favorable.

J'espère que, pour le traitement de la fièvre typhoïde, on renoncera à ces médications à outrance dont les dangers ne sont pas compensés par des avantages démontrés et qu'on reviendra à la médication classique.

M. Hérard. L'Académie se rappelle comment j'ai été conduit à la médication par le sulfate de quinine à hautes doses, n'ayant fait en cela que suivre, en reprenant mon service, la manière d'agir qui y avait été adoptée pendant mon absence: je ne saurais donc en prendre sur moi seul la responsabilité. D'ailleurs il s'en faut que cette médication soit nouvelle. Il y a bien des années déjà que le docteur Broca (de Mirande) institua cette méthode de traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine ; elle a été adoptée depuis par beaucoup de médecins : Blache, Briquet, Barthez et Rilliet, Kappeler, Boucher de la Ville-Jossy, et d'autres l'ont employée et en ont obtenu de bons résultats. C'est donc une médication qui mérite qu'on l'examine encore. Pour moi, je demande à rester dans la réserve à son égard.

Dans les cas rapportés par M. Hardy, où la mort est survenue après l'administration de 2 grammes de sulfate de quinine, il n'est pas prouvé qu'elle ait été le fait de la médication. On a rappelé des cas de mort dans le rhumatisme articulaire aigu que l'on a mis également sur le compte de sulfate de quinine, mais cela n'a jamais été prouvé non plus.

M. Dujardin-Beaumetz croit que dans les cas que j'ai rapportés le sulfate de quinine n'a pas été absorbé. Je crois qu'en général il est absorbé, mais on ne peut pas l'affirmer d'une manière certaine. Je suis très disposé à penser, par exemple, que les pilules anciennes, desséchées, ne sont pas absorbées ; mais la quinine enveloppée dans des cachets de pain à chanter, comme je l'ai toujours administrée, est facilement dissoute dans l'stomac ; je suis parfaitement convaincu qu'il y a eu absorption, au moins dans la majorité des cas. Du reste, pour en avoir la certitude, j'ai fait rechercher, depuis, la présence de la quinine dans les selles de quelques malades et on ne l'y a pas trouvée.

Quant à l'efficacité de la médication, c'est un point à étudier encore.

Relativement à l'hyperthermie, je ne suis pas de l'avis de M. Hardy. Je conviens qu'elle me fait peur. Personne ne méconnait qu'elle joue un très grand rôle dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans la fievre typhoïde, sans doute lorsqu'une température de 41o n'est qu'accidentelle et ne persiste pas, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper beaucoup ; mais lorsque cette température de 41o persiste pendant plusieurs jours, c'est un signe très grave et il importe de le combattre.

L'acide salicylique n'est pas non plus indifférent, c'est moins un antipyrétique qu'une antizymotique. Je crois que donné au début de la maladie il agit contre sa cause inconnue. Toutefois je n'en pousserais pas les doses aussi loin que l'a fait M. Vulpian. Je considère la dose de 3 grammes comme très suffisante pour abaisser la température en même temps que pour combattre la cause septique de la maladie. On a dit que dans ces cas-là la température n'était abaissée que momentanément, qu'elle remontait immédiatement après. Il m'a paru qu'en continuant à donner l'acide salicylique à des doses moindres, de 1 gramme à 2 grammes, on en obtenait de bons effets. Donc c'est encore un médicament utile.

M. Legouest ne partage pas l'opinion de M. Hardy sur ces cas de mort subite attribués par lui au sulfate de quinine. On voit, en effet, des épidémies de fièvre typhoïde dans lesquelles des cas de mort subite se produisent assez fréquemment. C'est donc à la fièvre typhoïde elle-même et non au sulfate de quinine à hautes doses qu'il faut rapporter les cas auxquels M. Hardy a fait allusioo. Dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur nos jeunes soldats en Tunisie, un assez grand nombre d'entre eux ont ainsi succombé subitement, non pas à la suite d'hémorragies intestinales, mais simplement par syncope.

M. Hèrard a semblé mettre en doute que le sulfate de quinine, administré en paquets, sans acides, puisse passer dans le tube digestif sans être absorbé. M. Legouest cite, à cette occasion, le fait d'un jeune homme qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, a rendu, dans ses garde-robes, douze à quinze cachets de sulfate de quinine parfaitement intacts.

M. Dujardin-Beaumetz partage l'opinion que vient d'émettre M. Legouest sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Il a eu lui-même à déplorer un cas de mort subite chez un malade qui n'avait pas pris de sulfate de quinine. Mais on pourrait trouver dans les faits même de M. Hérard de nouvelles preuves de la non absorption du sulfate de quinine dans un grand nombre de cas. M. Hérard dit que certains malades, ayant pris 2 grammes de sulfate de quinine, n'ont pas eu de bourdonnements d'oreille ; or on sait que ces bourdonnements sont un phénomène physiologique résultant de l'absorption de ce médicament, phénomène qui ne doit manquer de se produire avec 2 grammes se sulfate de quinine, quand ils sont absorbés. Beaucoup de médecins aujourd'hui, et en particulier les Allemands, ne cherchent plus à combattre qu'un seul symptôme, l'hyperthermie, et emploient, dans ce but, le sulfate de quinine. Mais l'hyperthermie, quelle que soit son importance, n'est jamais qu'un symptôme unique de la maladie dont il s'agit, et, en supposant qu'on arrive à la combattre, les autres accidents ne s'en développent pas moins ; dans ce cas, les malades, selon l'expression d'un représentant de la presse, meurent frappés comme une bouteille de champagne. L'hyperthermie n'est donc pas seul élément dont il faille tenir compte.

M. Beaumetz n'est pas d'accord avec M. Rochard ; il pense, contrairement à lui, qu'il est impossible de ne pas admettre l'influence du génie épidémique. Ne voyons-nous pas les épidémies de fièvre typhoïde présenter une marche, une évolution, une bénignité ou une malignité toutes spéciales, les causes efficientes restant les mêmes. Sans doute, comme l'a très justement montré M. Rochard, l'encombrement joint à l'insalubrité des logements et aux mauvaises conditions hygiéniques, peut produire de toutes pièces une épidémie de fièvre typhoïde ; mais dans toute épidémie il existe une inconnue, qui fait le génie épidémique ou mieux le génie morbide. Les statistiques, en pareil cas, sont donc extrêmement difficiles et n'aboutissent jamais qu'à des résultats vagues et incertains ; ainsi la statistique de M. Beaumetz qui, la semaine dernière, était très belle, a complètement changé maintenant, les dix derniers malades ayant fourni trois décès. Ces caractères particuliers, qui font ce qu'on a appelé le génie épidémique, ne se

trouvent pas seulement dans les épidémies de fièvre typhoïde; il en est de même pour la pneumonie, pour la diphtérie, etc... C'est ainsi que des hommes de bonne foi croient avoir trouvé un remède spécifique contre la diphtérie, par exemple, parce que, dans leur pays, ils n'ont pas perdu un seul malade de cette affection; mais on ne tarde pas à s'assurer qu'en un autre lieu ce spécifique échoue complètement. Ce n'est pas affaire de médication plus ou moins heureuse, plus ou moins efficace, c'est affaire de génie épidémique. Il est des moments où tout réussit, il en est d'autres où tout échoue; ce n'est pas là le résultat du plus ou moins d'efficacité de telle ou telle médication, c'est le résultat de la manière d'être.., du génie, en un mot, de l'épidémie. On conçoit donc que relativement aux maladies épidémiques, les statistiques sont d'une application extrêment difficile et d'un résultat bien douteux.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1882. — Présidence de M. LÉON LABBÉ.

M. DELENS dit, à propos du procès-verbal de la dernière séance, qu'il va présenter un jeune homme qu'il a opéré d'un genu valgum double par l'ostéotomie; que selon lui l'appareil de Colin fait céder les ligaments et provoque une mobilité consécutive qu'on a la plus grande peine à guérir.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présentera aussi un malade et fait les même remarques que M. Delens; il a pour cela employé l'ostéotomie.

— M. MONOD, à propos des perforations d'artères, communique une observation de M. Bertin (de Gray, Haute-Saône). Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans qui, à la suite d'une piqûre du talon de la main par une aiguille, eut un phlegmon qui s'ouvrit spontanément en trois points; il se fit spontanément aussi trois hémorrhagies, la dernière particulièrement abondante, le plancher était inondé de sang. Tous les moyens employés n'ayant pu l'arrêter, M. Bertin fit la ligature de l'humérale au milieu du bras. La malade a guéri, elle était enceinte et a accouché à terme.

C'est probablement la radiale qui a fourni l'hémorrhagie; quant à la cause, M. Bertin invoque la grossesse. M. Monod croit à une cause purement locale, et dit qu'on a à tort nié les ouvertures d'artères dans les phlegmons aigus.

M. DESPRÈS. — Je me sens visé par cette dernière phrase. Je n'ai pas nié les ouvertures d'artères, j'ai dit que c'était très rare et que pour l'accepter il fallait des observations très exactes. Celle-ci ne me paraît l'être pas suffisamment.

M. MONOD. Ce fait, rapproché des autres, lui donne un caractère de certitude.

— M. DESPRÈS. Parmi les opérations pratiquées sur la face il y en a une particulièrement suivie de complication : je veux parler de la résection de la mâchoire inférieure, et surtout de la résection portant sur la partie médiane du corps de l'os; les complications sont la chute de la langue sur le larynx, et la mort du malade par inanition. J'ai fait quatre fois cette opération, un de mes malades est mort de faim; j'ai donc réfléchi longuement à la manière de nourrir le malade, et à empêcher la chute de la langue J'ai opéré à la Charité un sarcome à myéloplaxes de la symphyse du maxillaire, mais j'ai dû enlever du plancher de la bouche et de la peau du menton; j'ai incisé sur le bord du maxillaire d'un angle à l'autre, j'ai scié près des branches montantes et j'ai enlevé le plancher de la bouche avec l'anse galvanique montée en écraseur de Trélat et Colin.

J'ai alors pris un fil de fer gros comme une petite sonde cannelée, je l'ai recouvert de caoutchouc et, après avoir effilé ses deux bouts, je les ai enfoncés dans le tissu spongieux du maxillaire; l'anse du fil de fer représentait la portion du maxillaire que j'avais enlevée, j'y ai attaché la langue; puis j'ai réuni

Le soir ma malade ne pouvait même pas avaler sa salive. J'ai alors passé par le nez non la sonde œsophagienne, mais une simple sonde à urèthre, no 16 de la filière Charrière, que j'ai enfoncée seulement jusqu'au-dessous du pharynx, puis à l'aide d'un appareil de Potain renversé, c'est-à-dire faisant pompe foulante, je l'ai nourrie avec du lait, du bouillon, du tapioca et du vin; le cinquième jour elle passait elle-même la sonde.

Grâce à ces précautions la malade a guéri, j'ai eu une réunion de la peau par première intention; elle a eu durant la cure deux ascensions de la température, 38°,9 une fois, 38o5 une autre; elle a eu deux fluxions dentaires.

J'ai enlevé le fil de fer le quatrième jour; la langue ne tombe plus. La malade a souffert un peu dans la partie droite du maxillaire, peut-être parce que le fil de fer avait touché le nerf dentaire.

M. BERGER. J'ai dû à deux reprises essayer du cathétérisme œsophagien à demeure; je n'ai pu continuer, mais je crois que les malades peuvent avaler quand on a soin de porter le liquide très loin.

M. VERNEUIL fait remarquer que, dans son service, il se sert constamment de la sonde en caoutchouc rouge laissée à demeure; une thèse a été fait à ce sujet; que, d'autre part, son ami le docteur Augier a fait il y a 23 ou 25 ans une thèse sur la chute de la langue et les moyens d'y remédier.

Dans un cas de son service, après avoir réséqué la partie médiane du maxillaire inférieur M. Verneuil a tenu les deux fragments à distance avec un fil de fer recuit qu'il avait passé dans deux trous faits au perforateur, et il y avait attaché la langue avec un gros fil de caoutchouc. Le résultat était excellent, et son collègue M. Trélat, qui a vu le malade était étonné du peu de difformité. M. Verneuil conseillerai de se servir d'un fil gros; celui qu'il a employé s'était enkysté; on l'a eu difficilement.

M. MAGITOT croit qu'il serait bon, dans ces cas, de conserver le bord du maxillaire; on pourrait après ablation de la tumeur en assurer la destruction avec l'acide chromique.

M. POZZI. Dans un cas où j'ai pratiqué la résection du maxillaire, avec une portion du plancher de la bouche, j'ai dû appliquer la sonde œsophagienne à demeure. Ma malade l'a gardée 21 jours; au bout de 10 jours, elle eut dès douleurs épigastriques que j'attribuai à la pression de la sonde, je la retirai de dix centimètres, mais les douleurs persistèrent; je quittai le service; j'ai su que la malade avait eu de l'œdème de la glotte et que M. Bazy, chef de clinique, dut pratiquer la trachéotom e; elle est guérie du reste.

La dysphagie me semble surtout devoir être attribuée à l'ablation d'une partie du plancher de la bouche.

M. MONOD. Se guidant sans doute sur les idées anciennes à propos des tumeurs à myéloplaxes, M. Magitot semblerait se contenter de cautérisation. Je crois qu'il faut une ablation large, au delà des limites du mal, car ce sont des sarcomes à cellules multiples et j'ai une observation au moins où on a bien constaté la généralisation.

M MAGITOT. Je sais bien que les tumeurs à myéloplaxe sont regardées comme des sarcômes; j'ai cependant à mon actif beaucoup de faits où, à la suite de cautérisations comme je l'ai indiqué la, guérison s'est maintenue après 6 et 7 ans. Je me souviens d'une jeune fille, entre autres, opérée à Marseille, présentant une repullulation de la tumeur sur place; je l'ai guérie par la cautérisation et depuis 7 ans rien n'est revenu.

M. MONOD : On devrait supprimer cette dénomination de tumeurs à myéloplaxes. Dans un travail que j'ai fait avec Malassez, nous avons vu que ces myéloplaxes ne sont que des cellules vaso-formatrices; leur présence a été constatée dans des tumeurs des testicules; là, comme aux maxillaires, elles traduisent tout simplement la nature vasculaire; elles donnent la coloration bleuâtre comme

l'ont indiqué Robin et Eug. Nélaton, et si elles sont bénignes c'est qu'on peut les enlever en totalité.

M. DESPRÉS : Il est certain que M. Magitot voit ces tumeurs avant nous, alors qu'elles sont petites ; mais elles se développent aux dépens du périoste alvéolo-dentaire, entre deux dents ; l'une d'elles tombe et la tumeur, se développant en haut et en bas, vient remplir l'alvéole restée libre par la chute de la dent ; ce sont des épulis ; mais la tumeur que j'ai enlevée était un sarcome ayant déjà envahi, outre le maxillaire, la peau et le plancher de la bouche.

Si j'ai parlé de la sonde c'est pour montrer qu'il est inutile de la laisser à demeure, ma malade la passait elle-même dès le cinquième jour.

Je connaissais les tentatives faites pour empêcher l'écartement des fragments du maxillaire, je ne conteste pas la priorité pour l'emploi du fil de fer, mais je crois inutile de percer des trous pour le fixer, et j'ajoute que son extraction le quatrième jour a été très facile.

M. VERNEUIL. J'admets parfaitement qu'on peut, au lieu de percer des trous dans le maxillaire, enfoncer le fil de fer dans les tissus spongieux, mais j'ai voulu surtout dire que l'emploi du fil de fer n'était pas nouveau.

Quant à la sonde, je préfère la laisser à demeure et je puis assurer que la sonde en caoutchouc rouge est parfaitement tolérée.

M TRÉLAT. Il faut bien savoir qu'il y a des sarcomes périostaux et des sarcomes de l'os. Enoncer le fait qu'on peut guérir ces derniers par une cautérisation me semble une hérésie.

J'ai aussi guéri de ces sarcomes périostaux comme M. Magitot, mais il faut que les vraies tumeurs de la mâchoire soient largement enlevées.

Quant à la sonde à demeure, il faut y habituer le malade avant de l'opérer; de cette façon, au moment grave, on n'est pas pris à court, elle est supportée, et je crois qu'il est inutile de lui faire dépasser les poignées du sternum.

M. LANNELONGUE. On voit souvent sur les enfants des tumeurs des mâchoires qui récidivent quand elles n'ont pas été largement enlevées. J'ai dit ici que la sonde à demeure avait été employée il y a déjà longtemps; Boyer (1799 à 1800) l'a laissée 266 jours chez un malade sans accident.

La sonde ne dépassant pas l'ouverture de l'œsophage ne gêne pas.

M. MAGITOT. Je ne conseille la cautérisation que pour les tumeurs qu'on peut atteindre sans enlever tout l'os.

M. DESPRÉS : Ma malade a dû se servir sept semaines de la sonde; elle ne pouvait sans cela s'alimenter suffisamment ; j'aurais trouvé ce temps long pour la laisser à demeure.

—M. DELENS présente un malade à qui il a fait l'ostéotomie sur les deux fémurs, le résultat semble très bon.

—M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE en présente un second opéré de même et très bien guéri.

—M. BERGER présente un malade dont il a réséqué la mâchoire inférieure pour une tumeur myéloïde, guéri avec un appareil prothétique de Dujardin.

—M. KIRMISSON présente un malade auquel il a lié l'iliaque externe pour un anévrysme ; il s'est contenté de décoller les muscles de l'arcade crurale.

—M. GUERLAIN (de Boulogne) lit une observation d'ablation du sein par le thermo-cautère.

— M. Guyon est, à l'unanimité, des suffrages exprimés, nommé membre honoraire.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LES CACHEXIES. — La créosote, découverte en 1832 par Reichembach et étudiée depuis par un grand nombre de chimistes, n'est pas un liquide de composition simple ; elle consiste en un mélange de divers phénols (ce mot est pris ici dans la signification chimique et ne veut pas dire phénate de soude) combinés en proportions définies. On la retire du goudron de bois, mais elle est alors plus ou moins mélangée d'acide phénique ; ce n'est que par une préparation très soignée et en se servant de goudron de hêtre qu'on peut l'avoir dans un état de pureté complète, propre à l'usage médical ; les produits fournis par le commerce sont extrêmement impurs.

Au point de vue médical, la créosote du hêtre a été étudiée par nos compatriotes les docteurs Bouchard et Gimbert, dont les travaux ont acquis une notoriété universelle. La créosote a d'abord été appliquée au traitement de la phthisie pulmonaire, elle s'y est montrée très efficace et les succès ont été si nombreux qu'on a cru avoir trouvé en elle un véritable spécifique contre cette terrible affection naguère encore l'opprobre de la médecine. La vérité est que si elle ne guérit pas la tuberculose elle-même, elle en arrête les ravages en combattant tous les épiphénomènes qu'elle produit, en s'opposant à ses progrès, en modérant ou arrêtant l'expectoration, qui affaiblit les malades. Au début de la maladie, on peut obtenir la guérison absolue, la *Restitutio ad integrum ;* plus tard, si le malade ne guérit pas, du moins, il vit, il conserve ses cavernes, ses indurations pulmonaires, ses adhérences pleurales, etc. ; il est sous le coup d'une rechute, mais, avec des soins et une hygiène bien entendue, son existence peut être indéfiniment prolongée. De plus, tous les phénomènes morbides ayant disparu, il se croit absolument guéri, et seule l'auscultation révèle au médecin la persistance de la lésion. Tous nos grands praticiens connaissent de ces malades dont la première hémoptysie date de 10 ou 20 ans ou plus et qui sont officiellement faibles de la poitrine. Le professeur Germain Sée en citait, l'an dernier, de nombreux exemples qu'il a pu observer et suivre dans sa nombreuse clientèle. Ainsi qu'on peut bien le supposer, la créosote n'est pas seulement efficace contre la phthisie, son utilité est encore bien plus certaine contre la plupart des autres affections pulmonaires, bronchites chroniques, emphysème, asthme, catarrhe, etc. Elle agit à la fois comme antiseptique d'une espèce particulière et comme balsamique s'éliminant par les muqueuses. Les expériences récentes ont démontré les bons effets de son administration dans une foule d'affections cachectiques, telles que le rachitisme et les diverses modifications des diathèses scrofuleuse, herpétique ou rhumatismale. Mais, pour que ce médicament ait toute son efficacité et qu'il n'exerce pas d'influence fâcheuse sur l'estomac, il faut qu'il soit l'objet d'une préparation soignée, chimiquement pur, débarrassé de tout principe irritant, et présenté sous une forme qui le rende facilement assimilable. De nombreuses préparations ont poursuivi ce desideratum sans pouvoir toujours y parvenir ; celle qui nous a paru digne de préférence, ce sont les grains créosotés préparés par M. Sabourdy, pharmacien de première classe et lauréat de chimie et de pharmacie. Ces grains renferment la créosote du hêtre à l'état de pureté parfaite dissoute dans l'huile de foie de morue, qui est elle-même un excellent médicament ayant les mêmes indications. L'avantage de cet excipient est encore de permettre beaucoup plus facilement la tolérance par l'estomac ; le dosage de chaque grain à 0,05 centig. seulement prévient, du reste, toute irritation de cet organe, dont l'intégrité est si importante à conserver dans la cachexie. L'enveloppe formée de gélatine est très rapidement et très facilement dissoute et, en ayant soin d'administrer ces grains avant les repas, l'assimilation du médicament est assurée. M. Sabourdy prépare aussi une huile de foie de morue et un bain créosotés qui peuvent convenir à certains cas spéciaux, mais c'est aux grains que nous donnons la préférence. Quand il s'agit d'un médicament aussi sérieusement actif que la créosote, et dont l'usage doit être continué pendant un temps parfois assez long, le médecin et le malade surtout sont heureux de trouver une préparation d'un effet certain et d'une administration aussi commode.

Dr GENDRON

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

MOUVEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Les chiffres officiels fournis par l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de la ville de Paris donnent les résultats suivants pour les journées écoulées depuis notre dernier numéro, lesquels indiquent une amélioration véritable dans l'état sanitaire :

Typhoïdiques.	novembre 1882						
—	16	17	18	19	20	21	22
Entrées dans les hôpitaux.	46	25	33	13	30	19	28
Sortis après guérison......	44	59	49	30	77	46	54
Décès...........	6	4	4	3	14	5	4

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde existant dans les hôpitaux de Paris, le 16 novembre au matin, était de 1,558; il est aujourd'hui, 23 novembre au matin, de 1,353, soit une différence en moins de 205.

D'après les chiffres que nous rapportons ci-dessus, nous voyons que le nombre des entrées a été, pendant les sept jonrnées du 16 au 22 novembre, de 194, et celui des décès de 40, soit une moyenne journalière de:

27,71 pour les entrées,

5,71 pour les décès,

qui indique nne différence en moins, sur la semaine dernière, de 8,15 pour les entrées de chaque jour et de 1,29 pour les décès quotidiens.

En résumé, il y a décroissance notable dans le mouvement de la fièvre typhoïde dans les établissements hospitaliers de Paris. Quant aux inhumations de sujets typhoïdiques en ville, nous sommes forcément muets, l'administration ayant cessé, depuis le 17 de ce mois, de publier chaque jour, comme elle en avait l'habitude, l'état indiquant par arrondissement le nombre des inhumations. Nous dirons seulement que ces inhumations ont été de 5 pour la journée du 16 et de 10 pour celle du 17 novembre, saos pouvoir renseigner mieux nos lecteurs.

*
* *

Epidémies. — Les dernières dépêches d'Alexandrie nous apprennent que le choléra a complétement disparu de La Mecque. Aucun cas n'a été signalé depuis le 7 novembre. Le nombre des décès a été depuis le 24 octobre, jour du début de cette courte épidémie, de 254. Le lazaret de Camaran est complétement évacué.

*
* *

Concours de l'agrégation. — Sont admis à prendre part au concours de l'agrégation qui s'ouvre à Paris le 1er décembre 1882, à cinq heures du soir, pour douze places d'agrégé des Facultés de médecine (section de médecine) les candidats dont les noms suivent :

Académie de Douai. — M. Leroy (C.-A.), de Lille.

Académie de Lyon. — M. Bard (J.-L.), de Meus (Isère) et M. Clément (L.), de Lyon.

Académie de Montpellier. — M. Baumel (H.-L.), de Lodève (Hérault) et M. Brousse (C.-V.), de Montpellier.

Académie de Nancy. — M. Schmitt (M.-X.), de Strasbourg.

Académie de Paris. — M. Artégalas (J.-M.), de Marsous (Hautes-Pyrénées). — M. Ballet (L.-G.), d'Ambazac (Haute-Vienne). — M. Balzer (F.), de Châteaubriand (Loire-Inférieure). — M. Barth (J.-E.), de Paris. — M. Blaise (H.-J.), de Vesoul. — M. Brissaud (Ed.), de Besançon. — M. Cuffer (P.-L.), de Soissons (Aisne). — M. Déjerine (J.-J.), de Plainpalais (Suisse). — M. Dreyfus (M.-V.), de Paris. — M. Dreyfus (L.-L.), de Strasbourg. — M. Du Castel (A.-M.), d'Amiens. — M. Grenier (J.-F.), de Besançon. — M. Xanot (C.-V.), de Paris. — M. Hutinel (V.-H.), de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). — M. Labadie-Lagrave (J.-B.), de Nérac (Lot-et-Garonne). — M. Letulle (M.-E.) de Mortagne (Orne). — M. Moutard-Martin (R.-A.), de Pau. — M. Merklen (M.-J.), de Mulhouse. — M. Oulmont (P.), d'Epinal. — M. Quinquaud (C.-E.), de Lafat (Creuse) — M. Robin (E.-C.), de Dijon.

Les douze places mises au concours se répartissent entre les diverses Facultés ainsi qu'il suit: Paris, 4; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 1; Montpellier, 3; et Nancy, 1.

*
* *

Ecole de médecine et de pharmacie militaires. — Par décision du 24 octobre dernier, un examen d'aptitude sera ouvert le 20 décembre 1882 à cette école, pour les emplois de médecin et de pharmacien stagiaires. Les conditions d'admission sont celles contenues dans le programme du 7 avril 1882. Les demandes d'admission devront être parvenues au ministre de la guerre, le 10 décembre prochain, terme de rigueur. Nature des épreuves :

Pour l'emploi de médecin stagiaire : 1o Une composition écrite sur une question de pathologie géoérale; 2o Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie; 3o Un examen clinique de deux malades.

Pour l'emploi de pharmacien stagiaire : 1o Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2o Interrogation sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie; 3o Préparation d'un ou de plusieurs médicaments, inscrits au Codex, et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches et fraîches, médicaments composés).

*
* *

Projet d'une école de médecine militaire à Bordeaux. — Il a été question dans la presse du projet de créer à Bordeaux une école de médecine militaire destinée à remplacer l'ancienne école de médecine militaire de Strasbourg. La Faculté de médecine de Bordeaux s'est naturellement émue de ce projet et, dans une séance tenue le 6 novembre dernier, elle a, à l'unanimité, émis le vœu qu'une école du service de santé militaire soit fondée à Bordeaux, se déclarant prête à faire tous ses efforts pour assurer aux élèves du service de santé l'instruction théorique et pratique la plus complète. Elle appelle sur cette question la sollicitude de la municipalité locale et celle des pouvoirs publics, en particulier du ministre de l'instruction publique et du ministre de la guerre.

Il est bon d'ajouter que l'administration municipale de Bordeaux est favorable à ce projet et décidée à coopérer à la création de la nouvelle école dans des limites à fixer d'un commun accord entre elle et le département de la guerre.

*
* *

Projet de formation d'une société française d'ophthalmologie. — Ce projet, développé par M. le docteur Chibret (de Clermont-Ferrand) dans la Revue clinique d'oculistique du sud-ouest, sera certainement accueilli avec faveur par tous les ophthalmologistes français. L'ophthalmologie, qui a pris un si grand essor, se trouve un peu à l'étroit au sein de nos sociétés médicales ou de nos congrès, qui doivent faire une part égale à toutes les branches des sciences médicales. Elle gagnerait à avoir ses assises spéciales et régulières où convergeraient comme en un centre tant de travaux aujourd'hui épars.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 8 novembre au jeudi 14 novembre 1882.

Fièvre typhoïde 112. — Variole 9. — Rougeole 14. — Scarlatine 0. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 45. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 41. — Phthisie pulmonaire 207. — Autres tuberculoses 9. — Autres affections générales 81. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 39, — au sein et mixte 41. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 94. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 70. — de l'appareil digestif 53. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 34. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1119 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 48 2 DÉCEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction, Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 30 novembre 1882.

Académie de médecine : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Quelle que soit l'importance d'une question, la discussion à laquelle elle donne lieu, quand elle se prolonge au delà d'une certaine limite, finit par languir et perdre de son intérêt. C'est la réflexion que chacun fait à propos de la discussion sur la fièvre typhoïde. Il est peu probable qu'en se perpétuant elle fasse surgir quelque idée nouvelle dont l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique de cette maladie puissent tirer profit; on est plutôt exposé à tourner indéfiniment autour du même cercle, sans en élargir le rayon. Et comme, pendant ce temps, l'épidémie décroît de plus en plus, l'Académie pourra bientôt, sans grand dommage pour l'intérêt de ses séances, mettre une autre question à son ordre du jour.

Quand la discussion sera close, nous la résumerons très brièvement et tâcherons de faire ressortir les enseignements pratiques qui s'en dégagent. On a touché tour à tour à différents points d'étiologie, de prophylaxie, d'hygiène, de thérapeutique, d'organisation sanitaire, etc. ; il en est résulté un peu de confusion dans le débat. En analysant et rapprochant les principales opinions émises, dont plusieurs sont contradictoires, celles, par exemple, exprimées dans la dernière séance à propos de l'encombrement, nous ferons la part entre ce qui peut sembler désormais acquis et ce qui, encore douteux, doit fixer l'attention et les recherches ultérieures des hygiénistes et des cliniciens.

F. DE R.

PATHOLOGIE INTERNE

DES MÉDICAMENTS ET POISONS CARDIAQUES EN GÉNÉRAL (1)
par M. le professeur G. SÉE.

De même que les médicaments en général ont une action prédominante sur tel ou tel grand système de l'organisme animal, de même les médicaments cardiaques ont une action élective sur telle ou telle portion, sur tel ou tel rouage de l'appareil d'innervation qui préside aux mouvements du cœur. Cet appareil d'innervation, représente un mécanisme très complexe qui se dédouble en deux systèmes en quelque sorte juxtaposés, un *système accélérateur* et un *système d'arrêt* dont l'excitation, il ne faut pas l'oublier, entraîne le ralentissement et l'arrêt du cœur. Les différents organes qui constituent cet appareil s'étendent depuis le cœur jusqu'à différents niveaux des centres nerveux. Dans l'épaisseur même du muscle cardiaque, nous trouvons des centres autochthones en communication avec les ramifications nerveuses qui viennent du plexus cardiaque formé par les terminaisons des nerfs vague et grand sympathique. Par l'intermédiaire de ces deux systèmes de nerfs, le cœur se rattache à la moelle et au bulbe ; comme d'ailleurs il n'est pas douteux que les

(1) Extrait de la 2e édition, qui va paraître, du *Diagnostic et du Traitement des maladies de cœur*, par le professeur Germain Sée.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

V. Voici qu'il me tombe sous la main un livre dont je ne peux m'empêcher de dire un mot, quoique, par son importance, l'*Education dans l'Ecole libre* eût mérité un examen approfondi qui aurait probablement amené des objections, des critiques et même des discussions. C'est qu'il s'agit, en effet, de l'œuvre d'un maître (4). Je n'aurai pas besoin de faire l'éloge de l'œuvre aux lecteurs de ces feuilletons lorsqu'ils connaîtront le nom de l'auteur. Car c'est M. Guardia qui a signé ce livre.

Il est permis assurément de ne pas partager les opinions souvent excessives, absolues, tranchantes de ce médecin philosophe et lettré, mais on doit s'incliner devant la sincérité de ses convictions, on ne peut qu'admirer ce style d'une pureté, d'une netteté de lignes étonnantes. Et vraiment je ne saurais mieux faire que d'offrir à mes lecteurs une simple page, qui rentre d'ailleurs si bien dans le cadre de ce feuilleton, et qui, plutôt qu'une sèche analyse, donnera une idée et comme un avant-goût de ce livre remarquable : « Il est fâcheux, dit M. Guardia, que les sciences et les lettres aient fait divorce. Ce siècle verra-t-il leur réconciliation ?

« Espérons-le, car la littérature dépérit et descend jusqu'au fond de l'égout, tandis que la science, aux mains des hiérophantes, est dénaturée et avilie par ces amphibies qui se nomment vulgarisateurs. La diffusion des lumières gagnerait infiniment à cette alliance des connaissances positives et des lettres, dont le dix-huitième siècle a donné l'exemple. Montesquieu, Voltaire, Buffon, étaient familiers avec les méthodes des sciences déductives et inductives. Rousseau lui-même savait la botanique ; d'Alembert et Diderot

(4) L'*Education dans l'école libre.* — *L'Ecolier.* — *Le Maître.* — *L'Enseignement*, in-12 de 407 pages. Paris, 1880. Pédone-Lauriel, éditeur.

centres psycho-moteurs exercent une influence considérable sur le fonctionnement du cœur, il faut de toute nécessité admettre des connexions entre les centres cardiaques et vaso-moteurs du bulbe et de la moelle, et certains centres équivalents logés dans l'écorce grise. Si nous négligeons ces derniers centres, sur la localisation desquels la physiologie ne nous donne aucun renseignement, nous voyons que les différents rouages de l'appareil d'innervation du cœur s'étagent de la façon suivante:

Centres bulbaires;
Centres spinaux;
Grand sympathique.

Tronc du nerf vague comprenant des filets accélérateur et d'arrêt.

Ramifications terminales, intra-cardiaques du même nerf, centres autochthones (centres d'arrêt et centres accélérateurs).

Comment a-t-on réussi à connaître d'une façon sûre l'action élective que certaines substances médicamenteuses ou toxiques exercent sur tel ou tel segment de cet appareil d'innervation? La méthode est bien simple en elle-même, et il y a de quoi s'étonner, de prime abord, qu'elle n'ait encore fourni à l'heure actuelle que des données si incomplètes. La physiologie expérimentale avait, par une analyse méthodique, déterminé le rôle exact qui revient à chacun de ces rouages que nous venons d'énumérer. Elle y est parvenue en déduisant ce rôle des résultats fournis par la suppression fonctionnelle de telle ou telle portion de l'appareil d'innervation. L'analyse des troubles circulatoires qu'entraîne la section du bulbe à sa limite inférieure devait naturellement nous renseigner sur le rôle des centres cardiaques et vasculaires logés dans cette portion des centres nerveux; de même aussi pour la section de la moelle à différentes hauteurs, pour la section du grand sympathique et du pneumogastrique à différents niveaux.

Combinée avec l'observation et l'analyse des phénomènes produits du côté du cœur et de la circulation par les médicaments et les poisons cardio-vasculaires, cette méthode devait conduire au résultat désiré: connaître l'action élective d'un médicament ou poison sur telle ou telle portion de l'appareil d'innervation du cœur.

Prenons comme exemple la muscarine. Incorporée à un animal, ce poison entraîne l'arrêt du cœur en systole. Sur la question du *comment*, on pourrait faire bien des hypothèses: invoquer une paralysie du système accélérateur représenté par les filets du grand sympathique, mais la section de ce nerf ne change rien aux résultats de l'expérience; — une excitation des filets d'arrêts contenus dans le *tronc* du pneumogastrique, mais la section de ce nerf n'empêche pas davantage l'arrêt du cœur de se produire sous l'influence de la muscarine. Le seul fait que le cœur s'arrête en systole écarte l'hypothèse d'une paralysation directe du muscle cardiaque par la muscarine. D'ailleurs l'excitation mécanique de ce cœur arrêté en systole en réveille les contractions. Restent les ramifications terminales des nerfs du cœur et les ganglions intra-cardiaques, et un pharmacologiste de grand mérite, Schmiedeberg, a fait voir avec une admirable rigueur de démonstration que la muscarine produit l'arrêt du cœur en systole en excitant les centres d'arrêt intra-cardiaques.

Voilà la méthode dans *sa simplicité*. Si elle n'a pas donné encore tous les fruits qu'on en devait attendre, cela tient surtout à deux raisons: la première, qui arrêtera longtemps encore les progrès de cette étude, réside dans la complexité de composition des alcaloïdes qui représentent à nos yeux les principes actifs de nos médicaments les plus usités, de ceux du moins qui sont tirés du règne végétal. Qu'on songe un peu aux découvertes faites dans cette voie durant ces dernières années, et l'on comprendra l'importance de la difficulté que nous signalons ici. De l'aconit on a isolé d'abord une aconitine que l'on croyait être un corps bien défini, une *individualité* tant au point de vue de la composition chimique qu'au point de vue des effets pharmacodynamiques. Aujourd'hui on a peine à s'entendre sur le nombre des aconitines, qui au point de vue de leur toxicité diffèrent entre elles dans des proportions considérables. La même chose est arrivée pour la digitaline, et les chimistes qui s'occupent de cette question se demandent si de chacun de ces alcaloïdes que nous nous représentons comme des principes bien définis, on ne tirera pas un jour autant de principes actifs distincts qu'on a isolé d'alcaloïdes différents du principe actif de l'opium? C'est ainsi que récemment encore on a isolé de la pilocarpine découverte par mon préparateur M. Hardy, deux alcaloïdes distincts, la *pilocarpine vraie* et la *jaborine*, douées de propriétés pharmacodynamiques absolument dissemblables. Tandis que la pilocarpine brute, celle que nous livre le commerce, était assimilée, au point de vue de son action pharmacodynamique, à la mus-

---

étaient savants à la manière des philosophes anglais de l'école des naturalistes, dont les dignes successeurs continuent aujourd'hui la tradition et abordent avec une compétence sérieuse l'étude des problèmes sociaux, parmi lesquels l'éducation de la jeunesse tient le premier rang.

« Ce n'est point avec la philosophie dite positive, laquelle ne compte pas un écrivain digne de mémoire, qu'a commencé le règne de cette prose ferme, nette, sobre et claire, qui a fait de la langue française le truchement de la raison. C'est Descartes qui l'a soustraite à la férule de Balzac; c'est Pascal qui l'a arrachée aux Précieuses et aux Jésuites; c'est Fontenelle qui l'a façonnée à l'expression des vérités scientifiques, frayant le chemin à l'encyclopédie; et c'est à l'Académie des sciences que les lettres françaises doivent cette série d'écrivains qui ont rédigé ses annales, depuis Condorcet jusqu'à Arago. Les noms de Bordeu, de Barthez, de Cabanis, de Lamarck, d'Etienne-Geoffroy Saint-Hilaire, de Cuvier, de Broussais, seraient moins glorieux, si ces savants illustres n'avaient écrit d'une plume d'or des œuvres durables.

« La culture des esprits ne saurait s'accommoder de ces catégories artificielles et malfaisantes dont on a vu les fruits depuis la trop fameuse bifurcation. Qu'est-ce qu'un savant qui ne sait ni parler ni écrire? Qu'est-ce qu'un littérateur qui parle et écrit de toutes choses sans rien savoir? Verra-t-on finir ces monstruosités que produit une éducation vicieuse? »

Nous le souhaitons autant que M. Guardia. En tout cas, nous ne pouvons que féliciter notre savant confrère de la courageuse et énergique plaidoirie qu'il a soutenue dans son volume. Elle a beau être acerbe, elle portera des fruits; car, ainsi que l'a dit Publius Syrus:

« Quamvis acerbus, qui monet, nulli nocet. »

VI. Nous ne nous écartons pas trop des théories sur l'éducation en passant au livre du docteur Ad. Nicolas: *L'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression* (1). Ce livre a aussi des attaches directes avec la littérature. Correctement écrit, et non sans élégance, il est bourré de citations, les unes scientifiques, d'autres empruntées aux poètes et aux littéra-

(1) *L'attitude de l'homme*, etc. par le docteur Ad. Nicolas, in 8° de 250 pages. Paris, G. Masson, 1682.

carine, la pilocarpine isolée de la jaborine manifeste une analogie d'action complète avec la nicotine ; au contraire, la jaborine exerce sur le cœur une action en tout comparable à celle de l'atropine. Or confiant dans les données premières de la thérapeutique expérimentale, on n'a pas craint d'administrer la pilocarpine à hautes doses comme contre-poison de l'atropine !

La seconde raison pour laquelle cette étude de l'action élective des médicaments cardiaques sur les différentes parties du système d'innervation du cœur se développe avec tant de lenteur, c'est que la localisation des effets d'un même agent varie avec les doses et la durée de l'expérience. Tels effets ont été reconnus par certains expérimentateurs parce qu'ils exigent pour se produire des doses infinitésimales ou parce qu'ils ne durent que quelques secondes à peine. Enfin ces effets primitifs et spécifiques d'un agent médicamenteux sur telle portion de l'appareil d'innervation du cœur peuvent être masqués ou troublés par les effets énergiques de ce même agent sur d'autres systèmes. C'est ainsi qu'une substance qui excite les filets d'arrêt du pneumogastrique entraîne le ralentissement du cœur. Mais cet effet peut être compensé par une paralysie du système vaso-moteur qui entraîne un abaissement de la pression intra-vasculaire et consécutivement un ralentissement du cœur.

Le tableau suivant résume les principales données acquises jusqu'à ce jour sur l'action élective des médicaments et des poisons cardio-vasculaires.

	Excitation.	Paralysation.
Muscle cardiaque.	Digitaline.	Id. 2e période d'action
	Iodal (à petites doses)	Emétine.
	Camphre.	Sels de cuivre, de baryte, de potasse.
	Caféine.	Chloral à btes doses.
		Scillaïne.
Centres musculo-moteurs. Intra-cardiaques.		Saponine à la dernière période de son action
		Iodal à hautes doses.
Centres d'arrêt intra-cardiaques.	Muscarine.	Atropine.
		Fabarine.
		Spartéine à hautes doses.
Ramifications intra-cardiaques des filets d'arrêt du nerf vague.	Nicotine. 1re phase	Pilocarpine (2e phase
	Pilocarpine d'action.	d'action).
	Fève de Calabar.	
Tronc du nerf vague.	Aconitine.	Spartéine.
	Népaline.	Népaline (2e phase)
Filets accélérateurs du gd sympathique.	Apomorphine.	Spartéine.
Centres d'arrêt bulbaires.	Digitaline.	Chloral.
Centre vaso-moteur.	Bromure de potass.	Croton-chloral.
		Acide cyanhydrique.

Physiologie. — **Des phénomènes de la mort par le froid chez les mammifères.** — Note de MM. Ch. Richet et P. Rondeau, présentée par M. Vulpian.

Pour étudier les conditions et les symptômes de la mort des animaux mammifères par le froid, nous avons évité de plonger l'animal directement dans l'eau glacée. En effet, l'eau qui imprègne le tégument excite les nerfs de la sensibilité et provoque un tétanos qui le plus souvent n'a pas lieu, si l'on évite ce genre de refroidissement.

La résistance des chiens au refroidissement est trop grande pour qu'on pratique l'expérience sur ces animaux. Un petit chien fut plongé pendant trois heures dans un seau d'eau à 0°. Cependant sa température ne s'abaissa que de 3°, de 38° à 35°. Mais sur des lapins l'expérience est facile. Des lapins, rasés, étaient entourés de tubes d'étain flexibles, dans lesquels circulait de l'eau salée refroidie à — 7°. Dans ces conditions, avec un écoulement d'eau glacée de 1 litre environ par dix minutes, un lapin se refroidit assez vite. En deux heures, sa température descend de 38° à 18° environ.

Quand la température de l'animal atteint environ 25°, la respiration commence à devenir inefficace. Le rythme n'est pas modifié cependant : c'est surtout l'amplitude des inspirations qui a diminué. A vrai dire, ces inspirations courtes suffisent pour entretenir la vie ; car l'animal peut survivre, même lorsque sa température s'est notablement abaissée. Dans un cas, nous avons vu un lapin dont la température s'était abaissée à 17°,7, qui, ayant été réchauffé, survécut, sans qu'il ait été nécessaire de le soumettre à la respiration artificielle.

Toutefois, la respiration artificielle, ainsi que l'a vu M. Hor-

teurs, d'autres encore aux livres saints et aux Pères de l'Eglise. C'est une œuvre de polémique philosophique et religieuse au moins autant qu'une étude *ex-professo* sur le sujet. Mais on lira quand même cet ouvrage avec intérêt et profit.

VII. N'est-ce pas encore de la littérature médicale, et de la meilleure que cette introduction au *Traité des Névroses*, dont M. Huchard, le nouvel éditeur et le continuateur du livre d'Axenfeld, (2) a eu le soin de faire un tirage à part?

Après un coup d'œil sur l'histoire du livre vient une rapide revue des progrès accomplis depuis vingt ans dans la pathologie du système nerveux. Cette revue justifie l'étendue des additions, qui ont plus que doublé le volume d'autrefois. Puis nous trouvons l'éloge de l'auteur, éloge d'un maître aimé écrit par la plume et dicté par le cœur d'un de ses meilleurs et de ses plus dignes élèves. J'en citerai quelques lignes qui semblent une page arrachée à la *Morale en Action* : « On ne saura jamais assez ce que fu-

rent la bienveillance, le dévouement et l'abnégation de cet homme de cœur, qui sut toujours rester modeste et bon au milieu de ses plus grands succès de professeur et de médecin. Ses élèves ne se rappellent-ils pas ces consultations ou ces visites de l'hôpital, pendant lesquelles il compatissait avec tant de douceur aux innombrables misères dont il était le témoin attendri, et soutenait de ses encouragements ou du secours de sa bourse, toujours si généreusement ouverte, les malheureux déshérités de la santé et de la fortune ? On l'avait déjà vu, jeune encore, pendant son internat donner la mesure de son dévouement, s'installer au chevet de son maître Giraldès, victime d'un cruel accident, lui prodiguer jour et nuit les soins les plus assidus, voulant par tous les moyens calmer l'acuité des souffrances physiques et morales... Maître plus tard, n'apprend-il pas qu'un de ses anciens internes vient d'être atteint d'une redoutable maladie contractée à l'hôpital ? Aussitôt il accourt, il ne manque pas un jour, pendant de longs mois, de venir apporter le secours de ses exhortations et de ses bonnes paroles, il relève un courage abattu et près de défaillir, il adoucit par sa présence l'amertume de tristes pensées et de sombres présages, et, avec l'aide d'autres maîtres excellents, d'habiles chirur-

(2) Brochure grand in-8° de 14 pages. Paris, Germer Baillière et Cie, 1882.

varth, permet au lapin refroidi de supporter des températures plus basses que 18o, et cela pendant un temps assez prolongé. Nous avons ainsi vu survivre des lapins dont la température avait été, pendant plus d'une demi-heure, portée au-dessous de 18o, soit à 15o,4 ; 14o,2 ; 16o.

Quoi qu'il en soit, si l'on veut observer en détail l'influence du froid sur les fonctions physiologiques d'un animal à sang chaud, il faudra faire la respiration artificielle, bien avant qu'on ait constaté l'abolition des mouvements de la respiration. En effet, l'insuffisance de l'effort inspiratoire est un des premiers symptômes du refroidissement de l'animal.

Toutes les fois que la température descend au-dessous de 17o, les fonctions du système nerveux sont énormément diminuées. Elles ne sont cependant pas abolies. Malgré l'abaissement de la température, il existe encore des phénomènes d'activité nerveuse. Nous avons observé des mouvements réflexes à des températures de 15o,3 dans un cas, de 15o dans un autre, de 14o,2 et de 13o,8 dans d'autres cas. Aussi pensons-nous que l'excitabilité du système nerveux disparaît, non parce qu'il est refroidi, mais parce que le froid a arrêté la circulation du sang dans son tissu.

Les mouvements spontanés disparaissent avant les mouvements réflexes. Les réflexes de la cornée disparaissent avant les réflexes des membres inférieurs. Aux températures de 16o environ, les mouvements réflexes sont d'une lenteur remarquable, tout à fait analogues à ceux des animaux à sang froid. La sensibilité à la douleur n'est pas abolie, même à des températures de 16o.

La secousse musculaire provoquée par l'excitation électrique devient, à mesure que la température de l'animal s'abaisse, de plus en plus faible, lente et prolongée à la descente. Le muscle du lapin refroidi devient tout à fait identique au muscle de l'animal à sang froid.

L'influence du froid sur le cœur est, dès le début, un ralentissement. Cependant, à 23o, le cœur du lapin bat encore près de quatre-vingts fois par minute; puis, très rapidement, à mesure que la température baisse, le nombre des battements du cœur devient moins grand, de telle sorte qu'à 17o il n'y a guère que dix ou douze battements par minute. La forme de la contraction du cœur, forme que nous avons pu enregistrer directement et observer en ouvrant le thorax, est alors tout à fait celle du cœur de la tortue. La systole commence par les oreillettes, et, par une lente contraction vermiculaire, elle se propage jusqu'aux ventricules.

Enfin les battements du cœur deviennent de plus en plus rares, de plus en plus faibles aussi ; le ventricule s'arrête quelques instants avant les oreillettes, puis tout mouvement cardiaque cesse.

Il n'y a plus alors aucune trace de vie : ni respiration, ni circulation, ni irritabilité nerveuse. Néanmoins la mort n'est pas définitive; car, si l'on réchauffe le lapin, et si l'on pratique en même temps la respiration artificielle, on peut le rappeler à la vie.

Ce sont d'abord les mouvements du cœur qui reparaissent, faibles et rares au début, puis de plus en plus forts et précipités. Ce n'est que bien plus tard que reviennent les mouvements réflexes, puis les mouvements respiratoires, puis les mouvements spontanés.

Cet état de mort apparente, caractérisé par tous les signes de la mort, sans que la mort soit définitive, peut durer une demi-heure (dans une expérience, trente et une minutes ; dans une autre, vingt minutes ; dans une autre, dix-huit minutes) (1). Au point de vue de la pratique médicale, le fait est important à noter, car il indique que des individus refroidis, ne donnant plus signe de vie, pourront encore être parfois rappelés à l'existence par le réchauffement de la périphérie cutanée, combiné avec la respiration artificielle.

Ainsi les fonctions respiratoires et les fonctions cardiaques peuvent être suspendues pendant une demi-heure sans que la mort définitive en soit la conséquence.

Lors même que le cœur bat encore, l'asphyxie est très longue à se produire. Un lapin refroidi à 19o,3, et dont le cœur battait bien, quoique lentement, ne fut pas asphyxié par l'oblitération de la trachée, prolongée pendant dix minutes. Le même animal, réchauffé à 32o, fut asphyxié en quatre minutes.

Ainsi les animaux non hibernants, comme le lapin, présentent les mêmes phénomènes, quand ils sont refroidis, que les animaux hibernants. Le cœur, la respiration et le système nerveux se comportent de même. Dans l'un et l'autre cas, l'abaissement de la température ralentit les phénomènes chimiques de la combustion interstitielle des tissus, et conséquemment diminue l'irritabilité et donne une grande lenteur à tous les phénomènes vitaux.

(1) Il y a, à cet égard, de notables différences individuelles, et beaucoup de lapins ne peuvent supporter des périodes aussi longues de mort apparente.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

Affections du systeme vasculaire

DE LA LIGATURE DES GROS TRONCS VEINEUX, par le docteur PILCHER.

Sur les trois observations relatées par l'auteur, la première a trait à l'ablation d'un volumineux adénome du cou qui né-

giens, de collègues ou d'amis dévoués dont le souvenir n'est pas perdu, il panse et guérit la blessure.

Celui qui écrit ces lignes ne pourra pourra jamais l'oublier... »

M. Huchard n'en dit pas davantage, voulant, avec une discrétion qui l'honore, laisser au lecteur le facile plaisir de deviner le nom de cet élève capable d'inspirer un pareil dévouement

VIII. Passons du grave au doux et terminons en signalant un recueil d'anecdotes (1) médicales de tout genre.

La Bruyère avait dit (2) : C'est ignorer le goût du peuple que ne pas hasarder quelquefois de grandes fadaises.

Le livre de M. Witkowski est fait pour satisfaire ce goût et au delà. Des bons mots et des pochades, à côté de sentences et d'aphorismes sérieux; des joyeusetés et même des grivoiseries mêlées à des pensées et à des maximes ; des chansons, des épigrammes, des définitions burlesques, des sonnets et jusqu'à une tragi-comédie dermatologique intitulée *Le Roi Sulfur* : voilà, avec d'autres choses encore, ce qu'on trouvera dans cet amusant petit volume.

Prenons au hasard et montrons quelques échantillons de cette littérature. Pour servir de légende à des croquis de l'aquafortiste belge, Félicien Rops, qui représentent des buveurs de champagne menacés de la goutte, un poète a écrit le quatrain suivant :

> Notre orteil est ton but, adversaire divin,
> O champagne ! — et toujours tu nous vaines dans la lutte.
> Ce qu'Hugo dit de l'eau peut se dire du vin :
> Perle avant de tomber et « goutte » après la chute.

Citons une consultation :

— Docteur, j'éprouve des maux de cœur, des dégoûts, des envies bizarres... que faut-il faire ?

— Une layette.

Voici quelques définitions fantaisistes :

ANTHRAX. — Un furoncle à héritage.

(1) ANECDOTES MÉDICALES. — Bons mots — Pensées et Maximes — Chansons — Epigrammes, etc. Recueillis et annotés par le docteur G.-J. Witkowski. — In-18° de 300 pages. — Paris, 1882. — C. Marpon et E. Flammarion, éditeurs.

(2) DES OUVRAGES DE L'ESPRIT.

cessita la dénudation de la veine jugulaire interne sur une longueur d'un pouce et demi, et la ligature de trois grosses veines de la région mastoïdienne. Bien qu'on n'ait pas eu recours aux précautions antiseptiques, la guérison fut rapide et complète, et il n'y eut aucun trouble spécial pouvant indiquer un désordre circulatoire du côté de la jugulaire interne.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade opéré d'un cancer ganglionnaire de l'aisselle. La veine axillaire ayant été blessée pendant l'opération, on pratiqua immédiatement sur elle deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du point lésé. Un an après, le patient jouissait d'une bonne santé. Il n'y avait pas d'apparence de récidive, mais le bras était le siége d'un œdème permanent.

Enfin, la troisième observation est celle d'un homme, qui, dans une tentative de suicide, s'était ouvert la veine jugulaire interne. Des pinces hémostatiques furent appliquées sur ce vaisseau et la guérison s'effectua sans complications.

De ces faits, et d'autres analogues, l'auteur conclut que ce n'est pas la simple dénudation des veines qui est la cause de la phlébite et de la thrombose. Cette cause réside plutôt dans la propagation d'une inflammation des tissus ambiants ; inflammation qui se transmet aux tuniques internes du vaisseau. Si l'on a dirigé une opération et les soins consécutifs, de manière à provoquer la réunion immédiate ; si, d'autre part, on n'a pas exercé de violence sur le vaisseau mis à nu, la phlébite n'est pas à craindre. Dans les conditions contraires, les chances sont renversées ; et le danger est grand toutes les fois qu'une veine est en rapport avec la surface d'une plaie suppurante. Lorsqu'on est appelé à se décider pour ou contre la ligature d'un gros tronc veineux, il ne faut pas s'exagérer les dangers qui peuvent en résulter pour la circulation en retour. Les veines collatérales sont, en effet, assez nombreuses pour que la ligature de la jugulaire interne elle-même ne provoque pas de trouble cérébral permanent. Les principaux accidents des ligatures veineuses sont d'ordre inflammatoire. Dans l'immense majorité des cas, l'inflammation est simple et circonscrite, en tenant compte, bien entendu, des conditions énoncées plus haut. Mais, quand le vaisseau a été contusionné ou quand il est appelé à rester en contact avec la suppuration, mieux vaut le réséquer que de le laisser exposé à tous les dangers de la thrombose. Comme moyen hémostatique, l'auteur préfère les pinces aux fils de soie. Suivant lui, elles déterminent moins d'irritation locale ; elles n'ulcèrent pas les parois vasculaires, et leur application est de courte durée. Ce sont là des avantages qu'il est impossible de méconnaître. Avec les ligatures de catgut phéniqué cependant, et avec toutes les précautions antiseptiques rigoureusement suivies pendant le cours de l'opération, on peut prévenir toute irritation et toute inflammation de la veine et assurer la réunion immédiate des plaies. D'expériences faites par M. Pilcher avec le concours de M. G.-R. Fowler, il résulte, en effet, que, dans les ligatures veineuses phéniquées, la réparation est assurée :

1. Par la résorption de la portion de la tunique interne comprise dans la ligature ;
2. Par la fusion des tuniques moyennes opposées ;
3. Par l'incorporation dans la tunique externe de la substance même qui compose la ligature.

Quant à la réparation, elle est complète sans l'intervention d'aucun caillot, et, pendant toute la durée du processus, il n'existe aucune trace d'inflammation, ni du côté de la veine ni du côté du tissu conjonctif environnant. *(Philadelphia Medical Times, 1er juillet 1882.)*

SUR UN CAS D'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE, par M. le docteur KINLOCH.

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, qui portait à la partie postérieure de la jambe gauche une grosse tumeur dont le début remontait à trois ans. Elle était survenue sans cause appréciable et avec toutes les apparences de la spontanéité. Sa consistance était demi-solide ; elle donnait à la palpation la sensation d'une fluctuation obscure et ne subissait aucune modification lorsqu'on comprimait l'artère fémorale. Il n'y avait pas de battements ; mais, lorsqu'on appliquait les mains à plat sur une large surface de la masse, on percevait un léger soulèvement ou plutôt une sorte de mouvement excentrique de l'ensemble de la tumeur. Cette sensation disparaissait lorsqu'on venait à comprimer la fémorale au niveau du pli de l'aine. L'auscultation ne révélait la présence d'aucun bruit anormal.

En présence de ces symptômes, M. Kinloch diagnostiqua un anévrysme probable de la tibiale postérieure ou peut-être de l'extrémité inférieure de la poplitée. Il est probable que cet anévrysme était devenu *diffus* ou *faux* depuis quelque temps

---

BAIN. — Un remède préventif pour les personnes propres ; — curatif pour les autres.

INDIGESTION. — Souvenirs et regrets.

LARMES. — Le sang de l'âme.

OBÈSE. — Un gaillard qui se porte si bien — qu'il ne peut plus se porter.

RIDES. — Les cicatrices de la vie.

SAVANT. — Un homme qui en sait assez — pour avoir conscience de ce qu'il ignore.

Et enfin, pour terminer, citons un charmant sonnet, signé des initiales G. C., derrière lesquelles je crois reconnaître à la facture du vers un oculiste distingué :

LES ENGELURES.

L'affreux petit collège où l'on dut m'interner
Ressemblait, en hiver, à ce cercle du Dante
Où, dans la glace, on voit les gens se démener.
L'économe était d'une avarice impudente.

Autour du poêle éteint, la classe grelottante
Passait, chaque matin, une heure à griffonner ;
Et tout le long du jour nous allions sillonner
Du fer de nos traîneaux la neige éblouissante.

Sur nos doigts crevassés, sur nos mentons rougis,
L'engelure cuisante incrustait ses rubis,
Et nos orteils gonflés attestaient ses brûlures.

C'était dur ! Et pourtant j'aime ce souvenir,
Enfant, j'ignorais tout des soucis à venir...
O jeunesse, reviens ! Revenez, engelures !

Je m'aperçois que j'ai oublié d'indiquer l'épigraphe de ce petit livre, très coquettement imprimé. — La voici :

« La mère en *défendra* la lecture à sa fille. »

Parents, vous voilà prévenus. *Caveant consules !* Ma mission est terminée.

Dr ALBERTUS.

et que son sac était rempli de fibrine et de caillots. D'autres chirurgiens, appelés en consultation, émettaient l'hypothèse d'une tumeur encéphaloïde ou sarcomateuse, ou bien encore d'une tumeur pulsatile de l'os.

La ligature de l'artère fémorale n'amena aucune diminution dans la tension de la tumeur. Elle fut seulement suivie d'une légère diminution de l'œdème du membre. Un mois plus tard, on se décida à inciser la masse elle-même; mais, en raison de l'hémorrhagie effroyable qui se déclara, on dut faire l'amputation immédiatement au-dessus du genou. La dissection de la portion de membre enlevée montra qu'il s'agissait bien d'un anévrysme de la tibiale postérieure, situé à deux pouces au-dessous de l'origine de ce vaisseau. L'artère était perméable au-dessus et au-dessous du sac.

A propos de ce fait si intéressant, M. Kinloch s'est livré à des recherches sur les faits analogues, et il rapporte tous les cas d'anévrysme *spontané* de la tibiale postérieure publiés jusqu'à ce jour. Quant à la qualification de *spontané*, c'est un point sur lequel il importe de faire des réserves. En effet, lorsqu'on examine attentivement les observations de ce genre, on finit toujours, ou presque toujours, par trouver qu'il y a eu un coup, un violent effort, etc. En un mot, on doit se demander, si, dans le sens strict du mot, les anévrymes *vraiment spontanés* de la tibiale postérieure existent : il paraît y avoir toujours eu quelque traumatisme, souvent méconnu, et dont l'action est par suite susceptible d'échapper au malade comme au médecin. (*American Journal of Medical Sciences, juillet 1882*).

Dr GASTON DECAISNE.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

TRAVAUX DES SECTIONS

2e section (Présidence de M. le docteur PIACHAUD et de M. le professeur GOSSE.

Suite. — Voir les numéros 38, 39, 40, 41, 42 et 44.

M. VALLIN communique un mémoire important sur la *désinfection de la chambre des malades à la suite des affections contagieuses.*

Des règlements de police devraient assurer la désinfection de la chambre et des objets contaminés par une personne atteinte d'une des maladies suivantes : variole, scarlatine, rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde, typhus pétéchial, choléra, infection puerpérale. Ces dispositions impliquent la déclaration obligatoire des cas de maladie contagieuse, la création d'agents d'exécution et de surveillance, et la sanction des pénalités en cas d'infraction aux arrêtés.

La chambre destinée au malade devrait être sans communication avec d'autres chambres habitées. L'évacuation des chambres voisines sera une bonne mesure. Avant l'arrivée du malade on doit éloigner de la chambre tous les objets d'une imprégnation facile, afin de ne pas avoir à les désinfecter ou à les détruire plus tard.

Il faut réduire au strict nécessaire le nombre des visiteurs, qui devraient porter par dessus leurs vêtements une sorte de robe facile à laver.

Le linge sali par le malade doit être plongé dans un bassin, laissé en permanence dans la salle, et contenant une solution désinfectante : le chlorure de zinc, à la dose de dix grammes par litre, convient très bien à cet effet; mais le sel lui-même devrait être additionné de quelques grammes d'acide phénique impur, pour écarter tout danger d'empoisonnement. Après quelques heures d'immersion, le linge serait envoyé à la lessive. Les objets de pansement doivent être également désinfectés Les déjections des malades seront reçues dans des vases contenant une solution de chlorure de zinc à 2 p. 100 ou de sulfate de fer, de chlorure de chaux, d'acide sulfurique ou chlorhydrique à 5 p. 100. Dans les cas de maladie à desquamation (variole, scarlatine), il est utile de laisser en permanence sur le plancher de la chambre une mince couche de sablon maintenu humide par un sel à la fois antiseptique et hygrométrique comme le chlorure de zinc ou le chlorure de calcium pyroligneux.

Il est avantageux d'entretenir dans la chambre des malades un feu vif et clair, et une ventilation continue par une ventouse ou un carreau ouvert à la partie la plus élevée de la chambre. Il sera utile de projeter sur les parois et dans l'atmosphère de la chambre un nuage d'une solution désinfectante pulvérisée (solution de thymol légèrement alcoolisée, à 2 p. 1,000; d'acide phénique à 1 p. 100, etc.) En cas de décès, le cadavre devra rester dans la chambre jusqu'au moment de la levée du corps.

La chambre, étant évacuée, sera soumise à la désinfection par des fumigations. On dégagera dans l'air très humide de la chambre bien close le produit de la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube. Les murailles devront ensuite être grattées et blanchies à l'eau de chaux simple, sans addition de craie ni de colle; les peintures seront lavées à l'eau seconde.

Des expériences nombreuses ont montré que la température de 110° continuée pendant deux heures, et surtout que la vapeur à + 100°, n'altèrent pas les tissus et détruisent la presque totalité des germes morbides. Les spores seules résistent à la température de + 130° comme aussi à l'acide sulfureux très concentré.

Il est désirable qu'on introduise dans tous les grands centres de population des étuves fixes ou des lazarets de désinfection, comme il en existe plusieurs spécimens à Londres, Berlin, Bruxelles, Paris. En attendant, l'on peut improviser presque partout des étuves épuratives, suivant le modèle ingénieux qui fonctionne à Marseille, et à l'aide duquel les agents viennent à domicile désinfecter tous les objets suspects.

Les matelas doivent être traités soit par la vapeur, soit par l'air chaud et sec à + 110°. Le contenu des paillasses doit être détruit par le feu, les enveloppes doivent être lessivées à l'eau bouillante. Les vêtements seront exposés à la vapeur ou à la chaleur.

La chambre désinfectée et laissée inoccupée pendant huit jours au moins, sera tenue ouverte nuit et jour pendant ce temps. Les latrines de l'appartement devront être désinfectées par une solution concentrée de sulfate de fer (5 kil. pour 50 kil. d'eau), ou mieux de 5 à 25 litres d'huile de houille. Les cabinets des latrines, ainsi que les tables de nuit, seront désinfectés en y faisant brûler une certaine quantité de soufre.

M. FATIO (de Genève), pour assurer la désinfection de l'air, préconise l'acide sulfureux anhydre, qui souille les métaux beaucoup moins que la combustion du soufre. — Pour la désinfection de la literie, il préférerait l'emploi de l'eau bouillante ou de la vapeur.

M. VALLIN fait observer que l'eau bouillante transforme la laine en étoupe, les vapeurs sulfureuses n'ont pas cet inconvénient. Quant à la dose de soufre à employer, elle doit varier avec la nature des virus. Si 30 grammes de soufre par mètre cube suffisent contre le virus morveux, il en faut 40 contre la tuberculose (chez les cobayes).

M. le docteur GAILLARD attire l'attention sur les dangers que peut avoir l'acide sulfurique qui se produit toujours en même temps que l'acide sulfureux et qui s'élève à 3 grammes 30 (d'acide non hydraté).

M. le docteur Schiff (de Vienne), relate les expériences récentes de M. Koch et de ses élèves, qui démontrent que les spores ne sont pas détruites par des doses très élevées d'acide sulfureux. M. Schiff préférerait employer des solutions de sublimé à 1 pour 2,000.

M. Vallin : MM. Koch et Wolffhügel n'ont fait que des expériences de laboratoire et spécialement sur des spores charbonneuses ou des spores de la terre de jardin, dont la résistance à presque tous les agents de destruction est extraordinaire. M. Vallin reconnaît d'ailleurs que le sublimé est un désinfectant admirable. — M. Tarnier avec lequel il fait actuellement à la Maternité, des expériences sur diverses applications des solutions de chlorure de mercure à la désinfection, se sert d'une solution au millième pour désinfecter les mains des médecins et des sages-femmes avant de toucher les parturiantes, et même pour laver le vagin et la vulve ; aucun accident d'intoxication n'est à craindre avec de telles doses.

Le principal reproche qu'on puisse adresser au sublimé employé comme désinfectant réside dans la nécessité où l'on est de mouiller les objets que l'on veut désinfecter.

MM. les docteurs Sonderegger et Ambuhl (de Saint-Gall), ont proposé pour la désinfection des personnes une sorte de guérite, où l'on entrerait sauf la tête, laissée en dehors afin de respirer à l'air libre. — Là le reste du corps serait, pendant 5 à 10 minutes, soumis à des vapeurs de chlore.

M. le docteur Oscar Wyss atteste l'efficacité de cet appareil. Depuis qu'on l'emploie à l'hôpital de Zurich, les cas intérieurs de maladies transmissibles ont presque disparu.

— M. le docteur Bourneville exposé l'organisation des écoles d'infirmières fondées à Paris sur son initiative, à la suite de la visite qu'il avait faite, en 1877, à Londres, où il remarqua surtout l'école d'infirmières de Westminster.

M. le docteur Félix signale la création toute récente, à Bucharest, d'une école pour sœurs de charité.

Mme Bowel-Sturge donne des renseignements sur les écoles d'infirmières de Londres. Les cours sont accessibles aux personnes de la ville. Il existe d'autres cours où l'on enseigne aux policemen à donner les premiers secours ; cet exemple a été suivi à Bruxelles en 1872.

M. le docteur Pigeolet signale la fondation à Liége, et M. le docteur Janssens à Bruxelles, d'écoles de garde-malades.

— M. le colonel Ziegler, médecin de l'armée fédérale suisse, s'est occupé longuement *des effets fâcheux d'une chaussure vicieuse et des moyens de les prévenir*. Dans l'armée suisse il y a, tous les ans, six à sept cents exemptions (c'est-à-dire environ 6 p. 100 de l'effectif) pour cause de malformation des pieds. C'est en grande partie à la chaussare que M. Ziegler attribue un pareil résultat.

Dans la discussion, fort intéressante d'ailleurs, qui s'est engagée à la suite de l'importante communication de M. Ziegler, MM. le docteur Roth (de Londres), le docteur Dally (de Paris), le docteur Axel Lamm (de Stockholm), le docteur Vallin (de Paris, M. le professeur Gosse (de Genève) et M. le docteur Petresco (de Bucharest) ont exposé, chacun de leur côté, les résultats de leur expérience personnelle.

— M. le docteur Gosse, professeur de médecine légale à l'Université de Genève, s'est occupé *du choix d'un terrain pour un cimetière*. De son étude très approfondie, il conclut que les terrains calcaires, ainsi que les terrains siliceux placés dans les déclivités du sol doivent être choisis pour l'établissement des cimetières. Les terrains argileux, mais présentant une certaine perméabilité par le fait du mélange de sable et de cailloux, ne doivent être choisis que s'il est impossible d'en trouver d'autres. Les terres formées d'une argile compacte ne peuvent pas être utilisées pour des cimetières, devant être soumis à des tours de rotation. Les restes des cadavres exhumés, ainsi que les débris des cercueils, devront être brûlés.

— M. le docteur de Cristoforis communique un rapport très complet sur les progrès de la crémation en Europe dans ces deux dernières années. Il répond aux objections tirées de la difficulté des recherches médico-légales, et cite le legs qu'un Milanais a fait d'une somme de 30,000 fr. destinée à l'installation d'une salle d'autopsie à côté du crématoire de Milan.

MM. Pini, Axel Lamm, Kœchlin-Schwartz, Bergeon (de Lyon), Raymondaud (de Limoges), Cabello (de Madrid), Vallin, Hovelacque, Gosse, participent à la discussion qui a suivi la lecture du travail de M. de Cristoforis, et qui a abouti à la rédaction du vœu suivant :

« Le quatrième Congrès international de Genève, confirmant les vœux des précédents Congrès internationaux d'hygiène, demande à nouveau que tous les gouvernements, rendant hommage aux principes de liberté et se conformant aux lois de l'hygiène, fassent disparaître les obstacles législatifs qui, dans certains pays, s'opposent encore à la crémation facultative des cadavres. Incidemment, il attire l'attention des gouvernements sur les avantages de la crémation en cas de graves épidémies. »

Ce vœu a été adopté à l'unanimité à l'assemblée générale du 9 septembre 1882.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend : 1o une lettre de M. le docteur Ferret (de Port d'Euvaine), accompagnant l'envoi d'une note sur une épidémie de fièvres graves qui sévit à Saintes : 2o un rapport médical sur une épidémie de variole observée à l'île d'Yeu (Vendée), par le docteur Robuchon ; 3o une note de M. Husson, pharmacien à Toul, sur les causes qui peuvent rendre le lait plus aqueux ; 4o un travail de M. le docteur Chavernac (d'Aix), intitulé : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel* ; 5o une étude clinique sur une épidémie de fièvres d'origine tellurique à types particuliers, observée à Saint-Dié par le docteur Grollemund ; 6o une note sur le traitement des teignes, par le docteur Cramoisy.

M. le Président déclare une vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, par suite du décès de M. Pidoux.

M. Guéniot présente, au nom de M. le docteur Fabre (de Marseille), un volume intitulé : *Nouveaux fragments de clinique médicale ; l'hystérie viscérale, les dilatations du cœur droit*.

M. Henri Roger présente, au nom de M. le docteur René Blache, un volume intitulé : *Extraits de pathologie infantile*, de Blache et Guersant, avec une préface de M. le docteur Archambault.

C'est la réimpression des écrits du père et du grand-père de M. René Blache sur la pathologie infantile, disséminés dans le *Dictionnaire en 30 volumes*

M. Larrey présente : 1o de la part de M. Tollet, ingénieur civil, un mémoire sur le casernement des troupes ; — 2o au nom de M. le docteur Hatin, ancien membre du conseil de santé des armées, une brochure intitulée : *L'épidémie de Bone*, en 1833.

M. Bouley présente, au nom de M. Morut, médecin-vétérinaire à Paris, une brochure intitulée : *Des pelotes stomacales des léporides et de leur origine* (ingestion des crottes), *de leur nature et de leur rôle*.

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Mourgues (du Gard), une brochure réunissant les titres des principaux travaux

de ce médecin ; — 2o au nom de M. le docteur Jorissenne, une brochure intitulée : *Nouveau signe de la grossesse.*

M. Vulpian présente, au nom de M. le docteur Henri Rabeau, une brochure intitulée : *Etude sur la médication salicylée dans la fièvre typhoïde.*

M. Léon Le Fort présente, au nom de M. le docteur Rousselot-Beaulieux, médecin de l'hôpital de Périgueux, une brochure intitulée : *Du diabète, sa nature, son traitement.*

M. le docteur Moser lit un travail sur un *Cautère actuel instantané, ou crayon-feu.*

M. Gustave Lagneau fait hommage à l'Académie d'un travail qu'il a lu à l'Académie des sciences morales et qui a pour titre : *Remarques à propos du dénombrement sur quelques différences démographiques présentées par les Catholiques, les Protestants et les Israélites.*

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Lancereaux rappelle que la fièvre typhoïde présente chaque année, vers le mois de juillet, une recrudescence telle que cette date doit être considérée comme le début d'une véritable épidémie.

Cette année, après avoir présenté à cette époque son exacerbation habituelle, la fièvre typhoïde avait diminué dans les mois suivants, quand, à partir du 25 au 26 septembre, se manifesta une poussée nouvelle qui a été le point de départ de l'épidémie actuelle.

En admettant que la fièvre typhoïde ait une quinzaine de jours d'incubation, ce serait du 10 au 15 septembre que l'infection paraîtrait s'être produite.

Que s'est-il donc passé à ce moment ? M. Lancereaux, recueillant les causes de cette poussée, rejette tout d'abord la contagion, ainsi qu'une action nuisible provenant des fosses d'aisances et des égouts.

Deux hypothèse s'imposent forcément : la transmission par l'air la transmission par l'eau, seuls éléments communs aux individus d'une même localité. L'auteur, après avoir longuement discuté ses deux hypothèses, résume ainsi sa communication :

Nous sommes destinés. dit-il, à voir la fièvre typhoïde exercer ces ravages pendant longtemps encore parmi nous, si nous n'avons d'autres moyens pour la combattre que ceux qui nous sont fournis par la thérapeutique.

C'est donc surtout la prophylaxie de cette maladie que nous devons nous appliquer à chercher. Or, la fièvre typhoïde relevant d'une cause matérielle, on peut être certain de pouvoir la prévenir un jour ou l'autre.

Dans l'état actuel de la science, lorsqu'une épidémie éclate, comme celle que nous observons en ce moment, la contagion, pas plus que l'encombrement, ne peut être invoquée, et l'étiologie se circonscrit dans ce dilemme : ou bien l'air ou bien l'eau renferme les germes du miasme typhique. La poursuite de l'agent morbigène dans l'air offrant de grandes difficultés, recherchons-la d'abord dans l'eau qui en est d'ailleurs la cause la plus vraisemblable. A cette fin, il importe de rechercher les rapports entre la distribution de la fièvre typhoïde dans Paris et celle de l'eau.

Ce point élucidé, il sera facile de trouver la cause des qualités nuisibles de l'eau, et, dans l'hypothèse où celle-ci nous apporterait la maladie, de remonter à la source du mal et d'arriver peut être à déterminer l'espèce du microbe qui le produit, si tant est qu'il s'agisse d'un microbe. Il faut pour cela une bonne volonté de l'administration compétente, un tableau exact de la distribution de l'eau dans Paris, c'est-à-dire qu'il y a tout intérêt à ce que nous soyons prévenus de l'ouverture et de la fermeture des robinets qui d'un instant à l'autre viennent changer la qualité des eaux de tel ou tel quartier. S'il est démontré que l'eau n'est pas la source des épidémies que nous déplorons, il faudra interroger l'air et rechercher les foyers d'infection de l'atmosphère.

Donc il est du devoir de l'Académie de s'entendre avec l'administration et de lui faire comprendre que le problème étiologique de la fièvre typhoïde n'est pas insoluble, que la solution sera possible le jour où elle voudra travailler de concert avec nous, c'est-à dire nous renseigner exactement sur la distribution des eaux dans la capitale, ainsi que sur tous les changements que la nécessité peut l'obliger à y apporter.

Quant au traitement, voici celui auquel M. Lancereaux donne la préférence et qu'il appelle *traitement des indications.*

Les bains tièdes à 28o centigr abaissent facilement la température de 1o et plus ; à l'usage des bains, il ajoute l'emploi de la digitale ; en cas d'agitation et d'insomnie, du laudanum à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 : association qui lui a donné les meilleurs résultats dans les formes ataxiques, chez les buveurs et chez les individus surmenés. Le météorisme est combattu par les purgatifs, les lavements froids et la glace ; les complications respiratoires par les ventouses et l'ipéca ; contre la fétidité des garderobes, les lavements phéniqués qui contribuent encore à abaisser la température ; contre les éruptions furonculeuses, pansements phéniqués.

Sur 52 malades traités par M. Lancereaux, depuis le 28 septembre jusqu'au 15 novembre, 5 seulement sont morts.

— M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) dit qu'il y a, dans la fièvre typhoïde, dualité d'origine : 1o le miasme humain résultant de l'agglomération, sans même que celle-ci aille jusqu'à l'encombrement, 2o le miasme provenant de tout foyer de putréfaction animale. Dans le premier cas, les épidémies sont surtout hivernales ; dans le second, elle sont, au contraire, surtout estivales ; mais, dans la comparaison de ces deux éléments, il faut reconnaître la prééminence du premier de ces facteurs. Si les différentes causes locales qui ont été invoquées ont toutes une importance certainement très considérable, il exite aussi des conditions générales fort obscures, desquelles dépend une plus grande facilité dans le développement et les généralisations de la fièvre typhoïde et grâce auxquelles les germes de l'affection sont plus ou moins actifs.

La fièvre typhoïde n'est pas seulement la maladie de la putridité ; elle est le résultat de l'influence de l'homme sur l'homme. Ce n'est donc pas seulement la propreté, la désinfection des rues, des égouts, des maisons que l'on doit demander, c'est, en outre, l'espacement, la dissémination des groupes atteints ou menacés.

—M. Bouchardat donne lecture de la première partie de son discours ; sa lecture est interrompue par un comité secret ; il terminera dans la prochaine séance.

— A quatre heures quarante-cinq minutes, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin, sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national dans la quatrième division.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1882.— Présidence de M. Léon Labbé.

M. le président, en ouvrant la séance, annonce à la Société que deux de ses membres correspondants, M. Dubreuil (de Bordeaux) et M. Bourgeois (d'Etampes), sont présents.

— M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. Beauregard (du Havre) relatif à l'ostéotomie du tarse dans la cure du pied-bot.

Les observations sont suivies de photographies et de moulages en plâtre.—Le rapporteur montre comment on a d'abord songé à enlever l'astragale pour remédier au pied-bot équin et le cuboïde pour guérir le varus ; comment plus tard on a tout simplement reséqué un coin osseux pour rendre au pied sa rectitude.

Cette methode est née en Allemagne, et deux chirurgiens français seulement, MM. Parisot et Beauregard semblent l'avoir acceptée.

M. Beauregard a enlevé le coin osseux avec le ciseau et

le maillet; il a ainsi fait la tarsotomie dans quatre cas de varus équins dans lesquels la ténotomie et la section de l'aponévrose plantaire n'avaient pas donné de résultat.

Dans un travail de M. Chauvel publié dans les *Archives de médecine* (1882), on voit que cette opération donne cinq et demi pour cent de morts: c'est donc une opération grave.

Par cette opération le malade devrait marcher tout à fait sur la plante du pied et sans le secours d'un appareil; or, dans les observations de M. Beauregard, il est dit que les malades ont pu marcher, mais avec un appareil. C'est donc un résultat partiel.

Dans une discussion qui a eu lieu à l'Académie, M. Jules Guérin disait que cette opération a été froidement accueillie par les chirurgiens: c'est que jusqu'à l'âge adulte il n'y a pas de pied-bot qu'on ne puisse guérir par la ténotomie, la syndesmotomie et des manipulations.

Je crois donc qu'on pourrait conclure en disant: La tarsotomie n'est pas de mise chez les enfants; il faut la réserver pour les cas graves chez les adultes.

M. Th. Anger. J'ai une assez grande expérience du traitement des pieds-bots, et je dois dire que je n'ai pas vu de cas résistant à la ténotomie et surtout à l'application d'un appareil bien fait.

J'ai pratiqué à l'hôpital Tenon la section du tendon d'Achille à un sujet porteur d'un pied-bot paralytique datant de 36 ans. Je lui ai appliqué un appareil à action continue, et six mois après il sortait guéri, marchant sur la plante du pied et avec des souliers ordinaires.

Quand il était entré il marchait sur le dos du pied: il se présentait du reste pour un ulcère trophique de la face externe de la jambe; celle-ci, comme c'est la règle dans les cas de paralysie infantile, était atrophiée.

En présence de pareils résultats, je suis peu partisan de la tarsotomie, d'autant que les moules que vous envoie M. Beauregard me semblent loin d'être parfaits, et que ses malades ont dû pour marcher se servir d'appareils.

Quant à l'appareil que j'ai employé, je me suis servi, pour exercer la traction, de bandes de caoutchouc. Je crois que leur action est supérieure à celle des vis des appareils.

Je tiens aussi à dire à la Société que dans ces cas de paralysie infantile, pour remédier à l'atrophie et aux troubles trophiques, je conseille d'habitude des frictions répétées avec l'alcool ou du benjoin, et surtout l'usage de l'électricité, soit les courants continus, soit les courants interrompus. J'ai eu de très beaux résultats.

M. Verneuil. — Tout en acceptant les conclusions de M. Polaillon, surtout pour dire avec lui que la tarsotomie est inutile chez les enfants, je tiens à faire remarquer que, d'après les photographies qu'on nous a envoyées, ces pieds-bots ne me paraissaient pas comporter une opération aussi grave. En outre, nous voyons des adultes marcher très bien avec des pieds-bots, gagner leur vie sans souffrir; leur imposerons-nous cette opération?

Les résultats moulés en plâtre de M. Beauregard ne me séduisent pas; pour ma part, je ne ferai jamais cette opération à un sujet ayant moins de 20 ans.

Je ferai remarquer que M. Nepveu a fait un mémoire sur la cure des lésions trophiques par l'électricité.

M. Desprès. — Je veux bien accepter aussi les conclusions de M. Polaillon; mais, contrairement à M. Anger, je crois qu'il y a des pieds-bots qui résistent à la ténotomie. Du reste, la ténotomie n'est qu'une opération préliminaire destinée à faciliter l'application des appareils. Il ne faut pas oublier, quand on a affaire aux pieds-bots paralytiques, que l'appareil, comme l'a montré Duchenne (de Boulogne), doit, non seulement corriger la déformation, mais suppléer les muscles, et je crois que, pour avoir une guérison complète, il faut faire porter aux malades jusqu'à l'âge adulte des appareils à muscles artificiels.

Quant à ces ulcères trophiques que je n'hésite pas à qualifier de maux perforants, ils obligent quelquefois les chirurgiens à sacrifier le pied. M. Le Fort a rapporté ici un cas où il avait dû pratiquer une amputation du pied; moi-même j'ai fait la désarticulation sous-astragalienne dans des cas pareils.

Je constate avec peine qu'après la tarsotomie, les malades ont conservé un pied-creux, le plus mauvais de toutes les variétés de pieds-bots.

M. Chauvel. — Je me suis occupé un peu de cette question de tarsotomie; je ne voudrais pas que cette opération fût jugée sur ce petit nombre de résultats qui, je l'avoue, laissent à désirer, car les auteurs étrangers affirment en avoir obtenu d'excellents résultats.

M. Polaillon. — Contrairement à M. Anger, je crois qu'il est des cas où tous les moyens échouent, c'est pour ceux-là que je voudrais conserver la tarsotomie. Je veux bien admettre que M. Beauregard n'a pas employé les moyens orthopédiques avec la persévérance voulue; je propose, cependant, de lui adresser des félicitations et de déposer son mémoire aux archives.

— M. Charvot fait une lecture à propos des ulcérations d'artères dans les foyers purulents; l'observation qu'il rapporte a trait à un coxalgique; un abcès par congestion ouvert au pli de l'aine et dans le colon avait disséqué l'iliaque externe; celle-ci s'est perforée et le malade est mort d'hémorrhagie foudroyante.

L'auteur insiste surtout sur les propriétés particulièrement ulcéreuses des abcès tuberculeux et rappelle que M. Lannelongue a déjà attiré l'attention sur ce point.

Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Monod, Lannelongue, rapporteur.

— M. Blum lit un travail sur un procédé opératoire destiné à combattre le resserrement des mâchoires, plus simple et plus pratique que celui de Rizzoli.

L'auteur a pratiqué cette opération sur un malade à l'hôpital Beaujon et a obtenu un succès.

Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner les titres des candidats au titre de membre titulaire.

— M. Galezowski lit un travail sur l'opération de la cataracte sans excision de l'iris; il revient à l'ancienne méthode française qu'il modifie cependant en taillant un lambeau ellipsoïde.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Périer, Pozzi et Terrier, rapporteur.

— M. Hennequin lit un travail sur une étude anatomique et physiologique de l'extension continue appliquée au membre inférieur.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Delens, M. Sée et Tillaux, rapporteurs.

— M. Desprès présente un malade auquel il a enlevé les quatre cinquièmes de la langue avec l'écraseur et par les voies naturelles. L'opération a eu lieu il y a six jours; le malade s'est levé le lendemain. Je me demande, dit M. Desprès, si on obtient de meilleurs résultats par ces graves opérations qu'on fait en ce moment contre le cancer de la langue, et s'il y a avantage à mutiler un sujet. Je voudrais comparer mon malade dans quelque temps avec un autre opéré par ces procédés nouveaux.

M. Trélat: Le résultat est impossible à juger aujourd'hui; il faudrait revoir ce malade dans cinq ou six semaines. C'est évidemment une opération bénigne; sera-t-elle suffisante?

— M. Beauregard lit une observation d'excision du pédicule d'une tumeur du corps thyroïde par l'écraseur.

Renvoyée à une commission composée de MM. Lucas-Championnière, M. Sée, Delens, rapporteur.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de candidature.

Dr Henri Bastard.

BIBLIOGRAPHIE

PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE, CONSIDÉRÉES SURTOUT AU POINT DE VUE DE L'ALIMENTATION, par MM. Tarnier et Chantreuil. — Paris, 1882. Lauwereyns, 1 vol. in-12, VII, 250 pages : 3 fr. 50.

L'hygiène se présente maintenant à nous sons toutes ses faces : hygiène générale, hygiène professionnelle, hygiène militaire, hygiène municipale, hygiène des campagnes, hygiène de l'enfance, hygiène des écoles, etc Les traités de MM. Fonssagrives, Napias, Arnould, Layet, Pécaut, l'excellente publication de la Société d'hygiène publique faite par les soins de MM. Napias et Martin sont là pour le prouver.

Parmi les récentes publications, il faut citer le petit volume de MM. Tarnier et Chantreuil, tiré de leur *Traité de l'art des accouchements* et ayant pour titre : *Physiologie et hygiène de la première enfance considérées surtout au point de vue de l'alimentation.* C'est l'éditeur même du grand *Traité* qui en a extrait ces pages qu'il a pensé devoir être « comprises sans peine et lues avec grand profit par les personnes étrangères à la profession médicale. »

L'intention est louable ; il est bon de répandre autour de soi les notions d'hygiène sans avoir pour but cependant de faire de chaque père ou mère de famille un médecin. On distribue aujourd'hui dans les écoles, on donne dans certaines mairies aux parents qui viennent faire une déclaration de naissance, de petites instructions renfermant d'excellents conseils sur les soins à donner aux enfants, snr les maladies contagieuses. Ce sont de semblables conseils que contient le petit volume que j'analyse. Mais il me semble qne le livre est, en certaines pages, au dessus de la compréhension d'un profane, et pour qu'il devînt un ouvrage de vulgarisation réelle et pratique, il faudrait le réduire encore. Là où il y a 250 pages d'un texte fort clair d'ailleurs, il faudrait trouver la matière d'une brochure de 20 à 25 pages, serrée, compacte, disant tout ce qu'elle veut dire et ce qu'on doit savoir, et rien de plus.

Qu'on en juge d'ailleurs par les titres des chapitres ; le premier traite de la circulation chez le nouveau-né ; le second du sang, le troisième de la respiration ; le quatrième de la température, etc. Ce sont des snjets de physiologie pure que l'on trouve dans ces 60 pages où il n'y aurait à prendre que quelques notions indispensables.

Les deux chapitres du second livre, concernant les soins à donner à l'enfant pendant les deux premières années de sa vie, (nettoyage, soins des yeux, habillement, coucher, sommeil, cris, promenades, exercices, lotions, bains) sont bien complets.

La deuxième partie est consacrée à l'*alimentation pendant la première enfance;* ici on peut trouver trop détaillées les études snr les caractères du lait et sur les variations de cet aliment suivant la constitution, la taille, l'âge du lait, l'âge de la personne, l'heure de la traite, la nature de l'alimentation, etc.

Un intéressant paragraphe est consacré aux aliments autres que le lait. Un chapitre bon à lire, et vraiment pratique, est celui de l'allaitement maternel avec indication des précautions que doit prendre une femme qui veut nourrir, son hygiène quand elle est nourrice, le nombre de fois qu'un enfant doit téter dans les vingt-quatre heures, les troubles apportés à l'allaitement, etc.

Mais le chapitre qui sera médité plus spécialement par les mères, c'est celui qui est consacré aux nourrices, à leurs qualités, à leur régime, à la possibilité de leur changement, aux dangers de donner trop tôt aux enfants une nourriture autre que le lait, aux conditions du sevrage.

Le livre de MM. Tarnier et Chantreuil abonde en conseils judicieux ; tel est celui relatif au frein de la langue. La brièveté de ce frein n'a pas d'importance ; elle disparaît presque toujours avec l'âge, et d'autre part elle n'empêche jamais l'enfant de téter facilement. « Malheureusement, disent nos auteurs, les matrones sont d'un avis tout opposé, et pour peu qu'elles éprouvent une difficulté quelconque à faire téter l'enfant, elles ne manquent pas de dire *que l'enfant a le filet* et qu'il faut le lui couper au plus vite. Nous commençons toujours par déconseiller la petite opération réclamée en pareil cas, parce que, toujours inutile, elle n'est pas exempte de tout danger ; mais dans certains cas où la brièveté du frein de la langue était réellement très accusée, nous avons fini par sectionner ce frein, moins pour rendre service à l'enfant, nous l'avouons, que pour échapper aux obsessions de la famille. »

Cet aveu échappé à une bouche aussi autorisée prouve bien que dans certaines circonstances l'indépendance du médecin ne saurait être complète ; la clientèle est incorrigible ; elle devrait laisser au praticien de son choix une tranquillité et un calme dont il a besoin pour supporter le poids de la responsabilité.

Un autre chapitre sur lequel M. Tarnier est d'ailleurs revenu dans une récente communication à l'Académie de médecine est celui du choix du lait dans le cas d'allaitement artificiel.

Pour les deux premiers mois, ce serait le lait d'ânesse tété directement au pis de l'animal ; le lait de vache, même convenablement coupé, ne devrait être employé à cette époque qu'à défaut du lait d'ânesse, mais il devrait lui être préféré à partir du deuxième mois. M. Tarnier ne conseillerait de recourir au lait de chèvre que pour un enfant de six mois, et encore la chèvre devrait-elle être tétée directement, ce qui est sa seule supériorité sous ce rapport sur la vache.

Un mot sur l'allaitement mixte termine ce livre éminemment utile, qui, je le répète, gagnerait à être singulièrement abrégé pour être mis par les soins des municipalités ou des conseils d'hygiène entre les mains de tontes les mères de famille. Sous la forme qu'il a présentement, le médecin en recommandera la lecture à sa clientèle; il s'en inspirera lui-même plus d'une fois.

Dr C. DELVAILLE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VERHANDLUNGEN DES CONGRESSES FÜR INNERE MEDICIN. — Premier Congrès tenu à Wiesbaden en avril 1882. Librairie J. F. BERGMANN à Wiesbaden. — Gr. in-8o, 218 p.

Les médecins allemands ont fondé une association dans le genre de celle qui réunit chaque année les chirurgiens, et le volume qui rend compte des travaux du premier Congrès contient des mémoires et des discussions de la plus grande importance.

Voici les plus remarquables :

1. Pathologie de la maladie de Bright par Frerichs. — Ont pris part à la discussion : Aufrecht, Klebs, Rindfleisch, Ewald, Rühle, Immermann, Leyden, Rosenstein ;

2. Etiologie de la tuberculose par R. Koch ;
3. Du processus goutteux, par Ebstein ;
4. De la médication antipyrétique, par Liebermeister et Riess;
5. Sur la nutrition dans l'état fébrile par Finkler ;
6. Un cas de résection du pylore, par Heuck ;
7. De l'influence de la morphine sur l'intestin, par Nothnagel ;
8. De l'injection sous-cutanée de quelques sels de mercure, par Eulenbourg ;
9. De la nutrition des centres nerveux, par Zuelzer ;
10. De la tétanie, par Schultze.

Il m'est impossible de rendre compte de chacun de ces mémoires, mais ce que je puis assurer, c'est que leur lecture et celle des discussions fort serrées qui ont suivi chaque communication est du plus haut intérêt et résume fort fidèlement l'état de la science allemande sur les questions qui ont fait le sujet de ces communications.

Wilhelm Ebstein. die Fettleibigkeit und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsætze. (De l'obésité et de son traitement fondé sur la physiologie), Wiesbaden, J. F. Bergmann 1883, 2e édition.

Voici une brochure extrêmement intéressante et fort originale qui a été accueillie en Allemagne avec un vif succès. Elle mérite d'être lue en entier, car, à côté du régime diététique des obèses qu'elle précise avec la plus grande netteté, l'auteur émet cette idée à coup sûr nouvelle que la graisse ne doit pas être exclue de l'alimentation. Le régime exclusivement carné est basé sur une doctrine physiologique fausse, puisque Voit a démontré depuis longtemps que les albuminoïdes fournissaient de la graisse par leur dédoublement. Or on exagère la formation de cette graisse par la nourriture absolument animale. Cette doctrine est sujette à plusieurs objections que l'auteur réfute avec un talent qui entraîne presque la conviction.

Albert Robin.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

***

Epidémies. — Les ravages de la fièvre typhoïde augmentent encore à Saintes ; on compte déjà près de 400 malades atteints de cette affection, parmi lesquels plusieurs religieuses de l'hôpital. — La fièvre typhoïde sévit aussi à Aix à l'Ecole des Arts et Métiers, dont 40 élèves sont à l'infirmerie.

***

Mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — Les chiffres officiels fournis par l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de la ville de Paris donnent les résultats suivants pour les journées du 23 au 27 novembre 1882 inclusivement (celles du 28 et du 29 nous faisant défaut), lesquels indiquent une amélioration véritable dans l'état sanitaire :

Typhoïdiques.	novembre 1882				
	23	24	25	26	27
Entrées dans les hôpitaux.	28	23	26	13	25
Sortis après guérison......	24	55	52	19	80
Décès.........	4	3	3	4	6

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde existant dans les hôpitaux de Paris, le 23 novembre au matin, était de 1,353; il est aujourd'hui, 28 novembre au matin, de 1,218, soit une différence en moins de 135.

D'après les chiffres qui sont inscrits ci-dessus, on voit que le total des entrées, pendant les cinq journées du 23 au 29 novembre, a été de 115, et celui des décès de 20, soit une moyenne quotidienne de :

23 pour les entrées,
4 pour les décès,

qui indique une différence en moins, sur la semaine dernière, de 4,71 pour les entrées de chaque jour et de 1,71 pour les décès quotidiens.

Il y a donc, en résumé, décroissance continue dans le mouvement de la fièvre typhoïde dans les établissements hospitaliers de Paris. Quant aux inhumations de sujets typhoïdiques en ville, nous sommes toujours sans aucun renseignement officiel, depuis que l'administration a cessé de publier *chaque jour*, comme elle en avait pris l'habitude dès le 9 octobre dernier, l'état indiquant par arrondissement le nombre de ces inhumations.

***

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté ministériel du 9 novembre 1882, sont chargés, pendant l'année scolaire 1882-1883 : M. le docteur Laffont du cours de physiologie, M. le docteur Demon du cours d'anatomie.

Par un arrêté en date du même jour sont nommés :

Maître de conférences de physique, M. Morelle ;

Maître de conférences d'accouchements, M. le docteur Goulard, agrégé ;

Maître de conférences sur les maladies des enfants, M. le docteur Looten ;

Maître de conférences d'histoire naturelle, M. le docteur Moniez.

***

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille, est délégué temporairement en la même qualité à la Faculté de Lyon.

M. le docteur Chambard est nommé chef de clinique des maladies de peau.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Lannegrâce, agrégé, est chargé du cours de physiologie ; M. le docteur Roustan, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale ; M. le docteur Grynfelt, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Faisans (Léon) est nommé, par arrêté du 10 novembre, chef du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

— M. Villejean est nommé chef du laboratoire de pharmacologie.

***

La direction de la santé publique. — En rendant compte au ministre de l'intérieur de leur mandat comme délégués du gouvernement au Congrès de Genève, MM. Henry Liouville et Vidal ont remis à M. Fallières le dossier des différents documents relatifs à la création d'une *Direction de la santé publique*. Le ministre, frappé du vœu unanime exprimé par les hygiénistes de tous les pays, paraît disposé à entrer dans la voie indiquée en centralisant dans une même direction tous les services d'assistance et d'hygiène dépendant de son département. Ce sera un acheminement vers une organisation plus complète de la médecine publique par la fusion, en une seule et même direction, des services d'hygiène ressortissant actuellement à d'autres ministères, fusion qui, tôt ou tard, ne peut manquer de s'imposer.

***

LA CRÉMATION DEVANT LE PARLEMENT. — Samedi dernier, a été distribué aux députés le projet de loi relatif à la crémation, déposé par M. Paul Casimir Perrier. D'après ce projet tous les citoyens, ou leur famille, auront la faculté d'opter entre l'inhumation ou la crémation, dans des conditions déterminées par la loi et par les règlements d'administration publique.

***

FÉDÉRATION BELGE. — MANIFESTATION EN L'HONNEUR DE M. LE DOCTEUR FESTRAETS, RÉDACTEUR DU *Scalpel*. — Sous les auspices de la Fédération médicale belge, une souscription est ouverte en Belgique en vue d'offrir à M. Festraets un objet d'art pour le remercier des services qu'il n'a cessé de rendre depuis 35 ans, dans le journal qu'il dirige, au corps médico-pharmaceutique.

«Journaliste savant et consciencieux, est-il dit dans la circulaire adressée à tous les médecins belges, Festraets n'a-t-il pas toujours entretenu chez nous cet esprit scientifique que les préoccupations multiples de la vie pouvaient nous faire perdre ? »

C'est donc à la fois les services rendus à la science et à la profession par M. Festraets, que nos confrères de Belgique veulent reconnaître et récompenser. Cet hommage public, rendu spontanément par le corps médical à un représentant de la presse, nous touche tout particulièrement et, en nous y associant, nous adressons au rédacteur en chef du *Scalpel* nos plus sympathiques et nos plus sincères félicitations.

***

L'INSTITUT SANITAIRE DE MUSTAPHA SUPÉRIEUR. — Nous avons annoncé la mort prématurée d'Edward Landowski. En payant un juste tribut de regrets à son zélé collaborateur, le JOURNAL DE THÉRAPEUTIQUE annonce que l'Institut sanitaire qu'il avait fondé à Alger continuera, sous la direction de son frère, le docteur Paul Landowski, à recevoir les malades qui se trouvent si bien du climat algérien et des soins intelligents, dévoués, dont ils sont l'objet au sanatarium de Mustapha.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — Les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel médical et chirurgical, à dater du 1er décembre, par suite de l'ouverture de l'hôpital Bichat:

Services de médecine. — MM. Gérin-Roge et Gonguenheim passent à l'hôpital Bichat, et sont remplacés à l'hôpital Tenon par M. Landouzy, médecin du Bureau central, et à l'hôpital Lourcine par M. Rathery, médecin du Bureau central.

Services de chirurgie. — M Terrier passe à l'hôpital Bichat, M. Delens, à l'hôpital Saint-Antoine, et M. Gillette, à l'hôpital Tenon.

***

COURS PUBLIC SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, a commencé ce cours le mardi 21 novembre à cinq heures, amphithéâtre numéro 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

***

M. Mallez a commencé son cours de pathologie et de chirurgie des voies urinaires le jeudi 30 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre numéro 3 de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de médecine, pour le continuer les jeudis suivants à la même heure L'anatomie pathologique sera présentée en projections photo-micrographiques.

***

LYCÉES. — M. le docteur Lancereaux agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin du lycée Louis-le-Grand (emploi nouveau).

M. le docteur Ollivier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin du lycée St-Louis (emploi nouveau).

***

CONCOURS-VULFRANC GERDY. Un concours pour deux places de stagiaire aux eaux minérales aura lieu au mois de décembre, au siège de l'Académie de médecine. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1883.

Ce concours comprend deux épreuves publiques :

1o Une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie ; 2o Une épreuve orale sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques. Sont admis au concours les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat, soit à l'Académie de Médecine, soit au secrétarit des Facultés, des Ecoles de pleine exercice, des Ecoles supérieures de pharmacie ou des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. Ils auront à justifier des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1882 à 4 heures de l'après-midi. Les candidats seront prévenus par lettre du jour et de l'heure de l'ouverture du concours.

N.-B. — Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc-Gerdy est déposé au secrétariat de l'Académie de médecine ainsi qu'au secrétariat de chaque Faculté ou Ecole de médecine, pour être communiqué à MM. les candidats.

***

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Le ministre de l'instruction publique vient de commander le buste du professeur Bouillaud, pour être placé dans la salle des Pas-Perdus de l'Institut.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour la place d'aide de physiologie s'ouvrira dans la première quinzaine de janvier prochain.

***

ASILE D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE. — Un concours pour une place d'internes aura lieu le 11 décembre prochain à la Faculté de médecine de Nancy pour une place d'interne en médecine.

***

PRIX DUBREUIL. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera en 1883 le prix Jean Dubreuil à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « *De la valeur de la méthode antiseptique dans la prophylaxie et le traitement des affections puerpérales.* » Les mémoires devront être adressés avant le 30 août 1883 à M. le docteur Douaud, secrétaire général de la Société, à Bordeaux, allées de Tourny, no 10.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 17 NOVEMBRE AU JEUDI 23 NOVEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 120. — Variole 6. — Rougeole 11. — Scarlatine 1. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 27. — Dysenterie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 38. — Phthisie pulmonaire 175. — Autres tuberculoses 4. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 23. — Pneumonie 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 47, — au sein et mixte 22. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 86. — de l'appareil circulatoire 55. — de l'appareil respiratoire 66. — de l'appareil digestif 53. — de l'appareil génito-urinaire 14. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 2. — Total de la semaine : 1002 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 7 décembre 1882.

INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LA PRODUCTION DE LA CONTRACTURE SPASMODIQUE DANS DES CAS D'HYSTÉRIE FRUSTE CHEZ LES DEUX SEXES.

On sait que tout traumatisme peut éveiller chez un individu une manifestation locale de la diathèse ou de l'état constitutionnel qu'il présente. Ainsi les accès de goutte ne sont pas rares à la suite de coups ou de chutes, et une arthrite rhumatismale succède assez fréquemment à un accident de ce genre. Il en est de même chez les hystériques : un traumatisme peut être la cause occasionnelle d'une contracture et même, dans des cas d'hystérie fruste, il peut contribuer ainsi à révéler l'existence de la névrose, jusqu'alors à peine soupçonnée ou passée inaperçue. M. Charcot, dans sa première leçon clinique de cette année, en a rapporté deux exemples fort intéressants, l'un chez une jeune fille de 16 ans, l'autre chez un homme marié, père de six enfants, dont l'aîné a 12 ans. Nous résumerons brièvement les deux observations.

La jeune fille est orpheline ; sa mère est morte d'une maladie chronique de la poitrine, son père d'une affection cérébrale qui, très probablement, a été une paralysie générale progressive ; elle a un frère idiot. L'hérédité chez elle joue donc un rôle de premier ordre.

Élevée dans un couvent, la jeune malade, à part un grand amour de la liberté, une humeur sombre, un défaut d'expansion, n'a présenté, au dire de la supérieure, aucun symptôme digne d'être noté : pas de convulsions, ni de spasmes, ni de sensation de boule, ni de cris, rien en un mot qui rappelle l'hystérie classique.

Il y a un an, pendant que la jeune fille jouait avec quelques autres pensionnaires du couvent, la fenêtre près de laquelle elle se trouvait se ferme violemment, un carreau se brise et un éclat vient la blesser légèrement à la face dorsale de la main gauche, au niveau de la base du deuxième métacarpien. Trois jours après la petite plaie est cicatrisée, mais la main est contracturée et, depuis cette époque, la contracture, sauf un temps de rémission pendant un court séjour de la malade à l'hôpital Beaujon, a résisté à tous les moyens de traitement mis en usage.

La contracture paraît intéresser les muscles interosseux, les muscles fléchisseurs superficiel et profond, l'adducteur et l'opposant du pouce. Les doigts sont fléchis à angle droit sur les métacarpiens et accolés les uns contre les autres ; le pouce est placé dans l'adduction et l'opposition. Quand on cherche à relever les doigts et à les séparer, ils reviennent à leur attitude primitive comme mus par un ressort. Les articulations du poignet, du coude et de l'épaule, sont libres. Le membre supérieur gauche présente un certain degré, non d'atrophie, mais d'émaciation dû à l'inaction du membre. Enfin, point important et qui éloigne toute idée de simulation, la contracture est permanente et ne subit aucune modification à l'état de veille ou à l'état de sommeil.

Cette persistance jour et nuit de la contracture, le degré très accentué qu'elle offre, la manière dont elle s'est développée, donnent déjà de très fortes présomptions sur son origine hystérique. Ces présomptions se changent en certitude quand on examine de plus près la malade. Elle a, en effet, une sensibilité exagérée de l'ovaire gauche et offre, du même côté, une hémianalgésie complète avec hémianesthésie sensorielle intéressant à la fois le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue. Enfin, si l'on applique sur la partie contracturée l'appareil enregistreur de Marey, on obtient un tracé graphique parfaitement régulier que ne donne jamais la contracture simulée.

Dans la seconde observation, avons-nous dit, il s'agit d'un homme adulte. A ce propos, M. Charcot dit que l'hystérie chez l'homme est moins rare qu'on ne pense. Il rappelle, entre autres, la thèse inaugurale de M. Klein, écrite sous l'inspiration de M. Olivier, et qui ne renferme pas moins de 80 observations d'hystérie dans le sexe masculin. L'hystérie chez l'homme est héréditaire ; elle vient généralement de la mère. Au lieu de débuter, comme chez la femme, à l'époque de la puberté, elle se manifeste, le plus souvent, d'après les documents réunis par M. Klein, de 25 à 35 ans. Cependant, M. Charcot a montré l'an dernier que l'hystérie n'est pas chose rare chez les jeunes garçons. Les hommes atteints d'hystérie n'ont rien de féminin ; ils sont barbus, souvent vigoureux, ont des enfants, ne se distinguent, en un mot, par aucun caractère physique des hommes jouissant de tous les attributs de la virilité. Il ne se passe pas d'année que nous n'ayons nous-même à donner des soins à des hommes hystériques, et nous pouvons affirmer l'exactitude des propositions précédentes. L'un des derniers malades de ce genre qui a passé sous nos yeux est un confrère extrêmement intelligent dont l'observation sera publiée un jour par le malade lui-même, et qui offre, sous tous les rapports, le plus grand intérêt.

L'homme peut présenter la forme classique de l'hystérie avec tout son cortège symptomatique : attaques convulsives, sensibilité testiculaire remplaçant la sensibilité ovarienne, zones hystérogènes dont l'excitation amène une crise, troubles de la sensibilité générale limités à un côté du corps, anesthésie sensorielle, etc. Il offre aussi des formes frustes : M. Debove en a rapporté récemment plusieurs exemples à la Société médicale des hôpitaux et, parmi eux, se trouve justement l'observation du malade que M. Charcot a présenté à ses auditeurs.

Cet homme, ouvrier forgeron, n'a jamais été malade jusqu'à l'époque où l'affection actuelle a débuté, et celle-ci ne date que de trois mois. Pas d'antécédents morbides; pas de convulsions pendant son enfance. Ses six enfants jouissent d'une santé parfaite. Il y a trois mois, il a eu la main gauche légèrement brûlée par une barre de fer rouge. La contracture n'a pas été immédiate, comme cela arrive d'habitude chez les hystériques. Le blessé a eu d'abord quelque difficulté à remuer les doigts; puis est survenue une douleur dans tout le membre, principalement à la main, avec tendance à la flexion. Le lendemain, la flexion des doigts s'est accentuée, et deux jours après, le pouce, pris à son tour, est venu s'appliquer sous les autres doigts. La main elle-même est en flexion sur l'avant-bras. La contracture persiste sans modification pendant un profond sommeil.

Le diagnostic *contracture hystérique d'origine traumatique* ne saurait ici être plus douteux que dans l'observation précédente. L'étude du cas permet de rejeter l'hypothèse d'une névrite ou d'une contracture suite d'hémiplégie. Le malade présentait, il y a dix jours à peine, une hémianesthésie complète de tout le côté gauche du corps, et les sens spéciaux du même côté étaient également atteints; le champ visuel était notablement rétréci. Sous l'influence d'aimants appliqués pendant une ou deux heures, la sensibilité a reparu, au bout de trois jours, dans le côté gauche, sauf à la main, et le malade a cru pouvoir quitter l'hôpital. Mais il y est rentré quelques jours plus tard, et l'on a commencé à traiter l'insensibilité et la contracture persistantes de la main par l'application de l'aimant sur le côté opposé. On a obtenu ainsi très rapidement le phénomène du transfert. En même temps, le champ visuel a recouvré ses dimensions normales. On va continuer l'application de l'aimant sur le côté droit, de manière à obtenir un transfert complet, et il y a lieu d'espérer que la contracture artificielle de la main primitivement saine, ainsi substituée à la contracture pathologique de l'autre main, cédera elle-même facilement et assurera la guérison du malade.

Il est, sans doute, inutile d'insister sur l'intérêt que présente cette seconde observation. Elle montre que, chez l'homme comme chez la femme, il peut se rencontrer des formes frustes d'hystérie que parfois on ne soupçonne même pas jusqu'au jour où un accident quelconque vient fournir l'occasion d'en constater l'existence. La connaissance de ce fait, surtout en ce qui concerne l'homme, a une haute importance au point de vue du diagnostic et du traitement, et nous avons cru devoir, après le savant professeur de la Salpêtrière, le signaler à l'attention de nos lecteurs.

L'École de médecine militaire en projet et la Faculté de médecine de Nancy.

Nous avons dit quelques mots, dans l'avant-dernier numéro, du projet de création d'une École du service de santé militaire, ainsi que des vœux exprimés par la Faculté de médecine de Bordeaux et des offres faites par la municipalité bordelaise pour qu'elle soit fondée à Bordeaux. D'autres Facultés de province revendiquent l'honneur de consacrer leurs efforts à l'organisation et à la prospérité de la nouvelle École. La Faculté de Lyon ne pouvait manquer de faire valoir la richesse des ressources cliniques dont elle dispose. La Faculté de Nancy, à son tour, a de véritables droits à invoquer. Nous recevons à ce sujet, de l'un des professeurs les plus distingués de cette Faculté, la lettre suivante :

« Cher et très honoré Confrère,

« Permettez-moi de vous adresser mes doléances.

« En voyant les Facultés de médecine *municipales* de Lyon et de Bordeaux émettre chacune la prétention de posséder l'École du service de santé militaire qu'il serait question de reconstituer, vous avez, je n'en doute pas, pensé à Strasbourg, où cette École avait été créée, où elle a été si florissante, où se sont formés tant de médecins militaires qui sont l'honneur du corps et de la profession.

« Le malheur qui a ravi à la France la Lorraine et l'Alsace a nécessité la translation de l'École d'application de Metz à Fontainebleau, de la Faculté de médecine de l'*Etat* de Strasbourg à Nancy. Pourquoi l'École du service de santé militaire, si elle doit être rétablie, ne serait-elle pas auprès de la Faculté où elle est née et où la plupart des maîtres de Strasbourg enseignent encore? Des sacrifices considérables ont été faits à Nancy par l'État et la ville, pour assurer à la Faculté les moyens d'instruction les plus étendus; sous peu va s'ouvrir à l'enseignement clinique le plus bel hôpital qui ait été construit en province.

« Personnel et matériel sont à la hauteur des exigences de la science actuelle; on ne pourrait sans tristesse voir l'État oublier les services rendus par la Faculté, ses propres sacrifices, et ceux de la ville, en ne rendant pas à Nancy ce qui a appartenu à Strasbourg, en attirant dans d'autres Écoles les élèves qui se destinent à la carrière militaire, originaires de sa province, qui sont naturellement ceux sur lesquels la Faculté de Nancy doit pouvoir compter.

« Vous savez qu'on se remue beaucoup ailleurs, ici on vit dans une confiance placide dans les droits acquis; il est urgent de les rappeler au moment où l'on semble les oublier ou les méconnaître.

« Alors qu'après la guerre on ne voulait rien moins que notre suppression, vous nous avez défendus; aujourd'hui le péril n'est pas moins grand; on veut nous diminuer, nous anéantir indirectement. »

Il y a, dans cette revendication de la part des professeurs de la Faculté de Nancy, une question de sentiment et de dignité qui ne saurait manquer de toucher tout le monde. On a voulu transporter à Nancy le centre d'enseignement médical qui était à Strasbourg. Maîtres et élèves, civils ou militaires, formaient comme une famille qui a quitté son foyer pour s'en créer un autre à Nancy; pourquoi la démembrerait-on? En pesant plus particulièrement sur elle, le malheur national dont nous souffrons tous a rendu ses droits d'autant plus respectables.

Mais il ne faut pas seulement songer au passé; il faut aussi envisager l'avenir. Or il est de l'intérêt de tous que les médecins de l'armée reçoivent une instruction médicale aussi complète que possible, et l'instruction clinique proprement dite est celle qui réclame le plus de soins. Si la Faculté de médecine de Nancy n'offrait pas sous ce rapport les ressources nécessaires, malgré tout le respect qu'on a pour les souvenirs et les traditions qu'elle représente, on devrait ne pas hésiter à reconstituer ailleurs l'École du service de santé militaire. Mais si, comme l'affirme notre honorable correspondant, et nous ne saurions mettre en doute l'exactitude de son affirmation, la Faculté de Nancy peut répondre à toutes les exigences de l'enseignement scientifique et pratique, ses droits seuls persistent et s'imposent aux décisions du gouvernement.

D' F. de Ranse.

DERMATOLOGIE

DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE EXSUDATIF (ON MALADIE D'HEBRA), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite. — Voir les numéros 41, 42 44, et 45.

(b) Hydroa. — On sait que Bazin admettait trois formes d'hydroa : l'hydroa vésiculeux, l'hydroa vacciniforme et l'hydroa bulleux. Ces trois variétés différentes d'une même affection cutanée seraient, d'après Bazin, sous la dépendance d'une diathèse unique, la diathèse arthritique.

Sous le nom d'*hydroa vésiculeux*, Bazin décrit tout simplement une variété d'érythème polymorphe. Lui-même avone que bien des auteurs ont confondu cette forme d'hydroa avec l'érythème papuleux, et, pour mieux montrer comment elle s'en distingue, Bazin dépeint les modifications de la plaque d'hydroa à laquelle il rattache l'*herpès iris*. Or, nous l'avons vu, l'herpès iris n'est autre chose que l'érythème iris, qui n'est lui-même, qu'une des modalités de certains érythèmes polymorphes. Témoin l'observation suivante :

OBSERVATION X.

Erythème avec bulles. — Plaque d'érythème iris.

La femme de G... M... domiciliée à Durdat, âgée de 31 ans, vient me trouver le 20 mars 1882. Elle a trois enfants dont le dernier est âgé de 8 ans. Cette femme se dit très affaiblie surtout depuis une semaine et elle me montre sur la face dorsale des mains, sur les avant-bras et sur les deux jambes, des plaques d'érythème papuleux. Ces plaques lui sont survenues depuis l'avant-veille. Mais la plus volumineuse, qui siège au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit (sur la face dorsale), est bien plus ancienne; elle daterait d'environ trois semaines. Elle est surmontée de quelques vésicules. A la main gauche, sur la face dorsale du métacarpe, on remarque une petite bulle à contenu louche. Il y a un peu d'état saburral. Je prescris 30 grammes d'huile de ricin ; puis du vin de gentiane à prendre avant le repas, de la tisane de houblon et dn sirop d'iodure de fer.

Je conseille de saupoudrer fréquemment les taches érythémateuses avec de la poudre d'amidon.

Le 8 avril, cette femme revenait ; l'éruption avait presque complètement disparu, mais sur le dos de la main gauche on voyait une vaste plaque d'érythème iris, de 4 à 5 centimètres de diamètre.

La deuxième forme d'hydroa décrite par Bazin, l'*hydroa vacciniforme*, n'est guère différente de la forme vésiculeuse, si ce n'est que les vésicules s'ombiliquent, que le contenu devient trouble, qu'une croûte se montre ensuite, laquelle, après sa chute, laisse une cicatrice déprimée. De plus l'hydroa vacciniforme pourrait se perpétuer par poussées successives jusqu'à une durée de 4, 5 ou 6 mois.

De la troisième forme d'hydroa, l'*hydroa bulleux*, nous dirons seulement que, d'après Bazin, cette éruption est toujours précédée d'un prurit très intense. C'est la seule particularité qui, nous semble-t-il, pourrait justifier l'existence de l'*hydroa bulleux*, etc.; en tont cas, ce symptôme suffirait à le différencier de l'érythème polymorphe, habituellement indolore.

L'existence de l'hydroa n'a pas été d'ailleurs acceptée par les dermatologistes allemands. Mais par contre, en Angleterre, le regretté Tilbury Fox avait repris tout récemment cette étude dans un travail publié après la mort de l'auteur par les soins de son frère M. Colcott Fox (1). Le célèbre dermatologiste de Londres, après avoir constaté le chaos où se trouve l'étude des affections bulleuses, a tenté une classification nouvelle de l'hydroa. Il admet pour cette affection cutanées trois formes distinctes : un hydroa *simplex*, un hydroa *herpétiforme* et un hydroa *prurigineux*. Mais à proprement parler, ainsi que le fait fort justement observer M. H. Contagne (dans une analyse (1) dn travail de Tilbury Fox), il n'y a pas de « différence marquée entre les deux premières variétés de l'hydroa de Tilbury Fox, qui ne sont, en somme, que des affections vésiculeuses plus ou moins intenses, parmi lesquelles on peut ranger, de l'avis de l'auteur même, la variété clinique que nous avons été le premier à faire connaître en 1871 sous le nom d'*herpès généralisé fébrile*. Quant à l'hydroa prurigineux, ce n'est autre chose que ce qui est connu en France sous le nom de pemphigus à petites bulles, se séparant du pemphigus commun par une tendance moindre à la généralisation et surtout par une bénignité constante. Cette variété serait toujours arthritique, et accompagnée constamment d'un prurit intense. »

(c.) HERPÈS. Au point où en est aujourd'hui la question des maladies désignées autrefois sons ce nom, il importe de distinguer, d'une part la lésion élémentaire isolée, appelée autrefois herpès, puis les affections parasitaires englobées sons cette même dénomination (herpès circiné), ensuite la maladie générale que quelques auteurs (Parrot, Lagout, Fernet, etc.), cherchent à constituer sons le nom de fièvre herpétique, et enfin la maladie anciennement appelée herpès zoster, le zona.

Réservant la fièvre herpétique, mettant absolument de côté comme une affection toute différente l'herpès circiné, et repoussant, malgré ce que dit Neumann (2), la possibilité d'une assimilation entre le zona et l'érythème polymorphe, nous nous contenterons de signaler les rapports que peut avoir la maladie d'Hébra avec certaines manifestations herpétiques qu'il est permis de rattacher à l'érythème multiforme exsudatif.

Car il nous a été donné d'observer un fait dans lequel les lésions de l'érythème polymorphe ont coïncidé avec une apparition d'*herpès labialis*, comme pour attester la parenté de ces éruptions.

OBSERVATION XI.

Erythème polymorphe exsudatif. — Herpès labialis.

Le fils de M. L... A. est âgé de treize mois. Le 12 février 1881, il est depuis trois semaines atteint d'une coqueluche assez grave. Il présente sur l'index de la main droite trois bulles pemphigoïdes, et sur la main gauche il en existe deux : l'une au pouce et l'autre sur la face dorsale du métacarpe. De plus, on constate une éruption herpétique autour des lèvres.

Le 17 février on voyait de nombreuses papules aux avant-bras, aux jambes et aux cuisses.

(d) ÉRYTHÈME PELLAGREUX. — ACRODYNIE. — Il serait peut-être prématuré de vouloir chercher à établir des rapports d'identité ou

(1) Archives of Dermatology, janvier 1880.

(1) Voir les Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, 1880, p. 321.

(2) « Cette affection (l'érythème exsudatif) apparaît le plus souvent, dit Neumann (*Traité des maladies de la peau*, traduction Darin, p. 152), au printemps et à l'automne, surtout chez les enfants et chez les jeunes gens au-dessous de vingt ans ; elle revient souvent, chez le même individu, à une saison particulière (type annuel), dans un moment où règnent l'*herpès* iris, l'herpès zoster (*qui n'est qu'un développement plus avancé de la maladie*) et le *purpura rhumatismal*. »

même de parenté, entre la maladie d'Hébra, l'érythème pellagreux et l'acrodynie. Actuellement il y aurait plus que de la témérité, il y aurait une exagération réelle.

(e) ENGELURES. — Mais il nous sera permis de rappeler, à propos des engelures, de l'érythème pernie, notre observation VIII, p. 560, dans laquelle de vraies engelures de la main gauche ont coexisté avec une éruption pemphigoïde de la main droite.

(f) ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS. — D'autre part, nous avons aujourd'hui en traitement une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'asphyxie locale des extrémités, asphyxie locale qui s'étend jusqu'au lobule du nez et jusqu'au pavillon des oreilles, et, dans ce cas (qui s'accompagne de glycosurie), on trouve au-devant des genoux et sur les coudes de larges plaques érythémateuses en même temps que sur les épaules l'on constate des papules de lichen. Cette coexistence de lésions diverses nous semble pouvoir rapprocher la *gangrène symétrique des extrémités* décrite par Maurice Raynaud, de l'érythème polymorphe. Car dans la maladie d'Hébra on a parfois signalé un certain degré d'algidité et d'engourdissement des mains et des pieds.

(g) TOURNIOLE. — A côté de l'asphyxie locale des extrémités, ne pourrait-on pas placer aussi certaines formes de tourniole, [de panaris phlycténoïde, de panaris péri-unguéal? MM. H. Leloir et P. Merklen rapportaient justement il y a quelques mois (ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, de juin 1882, p. 351), une observation de syncope locale des extrémités compliquée d'un panaris phlycténoïde qu'ils rapprochaient du *panaris nerveux* de M. Quinquaud.

J'ai, de mon côté, observé récemment un cas de tournioles multiples chez une femme qui présentait en même temps des éruptions érythémateuses.

En voici la relation succinte :

OBSERVATION XII.

Tournioles multiples. Eruption érythémateuse.

La femme de B... Antoine est âgée de cinquante-six ans; elle a eu deux enfants, et n'est plus réglée depuis neuf ans.

Le 21 juin 1882, elle vient à ma consultation en me montrant sur le pouce et à la fois sur l'index de la main droite un panaris phlycténoïde entourant complètement les ongles de ces deux doigts, sauf à leur extrémité libre. Je fais une incision à l'aide de ciseaux sur la phlyctène du pouce, beaucoup plus prononcée et beaucoup plus saillante que la phlyctène de l'index. Il en sort un liquide d'un blanc jaunâtre, trouble. Puis je mets de la charpie enduite de cérat saturné, et j'enveloppe le doigt d'un linge. Sur la phlyctène commençante de l'indicateur, je passe une couche de teinture d'iode. Sur l'avant-bras du même côté, je constate la présence de deux larges plaques ressemblent à de l'érythème iris, et quelques plaques d'érytheme annuleire circiné. Sur le dos de la main gauche ainsi que sur la face dorsale des pieds existaient des papules d'un rouge sombre.

Le 27 juin, Mme B... revient; la tourniole du pouce droit est guérie; celle de l'index s'est flétrie rapidement à la suite du badigeonnage iodé. Mais, par contre, l'annulaire de la main gauche présente un panaris péri-unguéal au début. Je passe de la teinture d'iode.

Je revoyais quinze jours aprée ma malade qui m'amenait son mari. Elle était guérie.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

1° DU DÉLIRE DES NÉGATIONS, par M. COTARD.

Dans cet article, plein d'intérêt et d'une observation clinique très juste, M. Cotard expose une évolution délirante spéciale, qui lui paraît appartenir à un assez grand nombre de mélancoliques non persécutés, plus particlièrement aux anxieux, et qui repose sur des dispositions négatives très habituelles chez ces malades.

Ce délire particulier, résultat d'une disposition négative portée au plus haut degré, pourrait être désigné, d'après l'auteur, sous le nom de *délire des négations*. En effet, les paroles des malades dont il s'agit ne sont que de perpétuelles négations. Leur demande-t-on leur nom ? Ils n'ont pas de nom ; leur âge ? Ils n'ont pas d'âge ; où ils sont nés ? Ils ne sont pas nés ; qui étaient leur père et leur mère ? Ils n'ont ni père, ni mère, ni femme, ni enfants ; s'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal en quelque point de leur corps ? Ils n'ont pas de tête, pas d'estomac, quelques-uns même n'ont point de corps ; leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose, ils répondent : Ce n'est point une fleur, ce n'est point une rose. Chez quelques-uns la négation est universelle, rien n'existe plus, eux-mêmes ne sont plus rien.

Ces mêmes malades qui nient tout, s'opposent à tout, résistent à tout ce qu'on veut leur faire faire. C'est la *folie d'opposition*.

En décrivant l'évolution du délire chez les négateurs, M. Cotard s'attache à montrer comment ils diffèrent, intellectuellement et physiquement, des véritables persécutés.

Toute cette partie du travail de M. Cotard est des plus intéressantes et elle offre une grande importance pratique, car il est souvent malaisé de distinguer l'un de l'autre un mélancolique et un persécuté. Il y a là un diagnostic capital à établir, car le mélancolique, pour si gravement qu'il soit atteint et à moins que sa maladie ne soit passée à l'état chronique, est susceptible de guérison, tandis que le persécuté, j'entends le vrai persécuté, le délirant partiel, est à peu près fatalement incurable dès le début de son affection. C'est pour n'avoir pas assez tenu compte des différences cliniques qui séparent l'une de l'autre ces deux catégories de malades, qu'on est souvent trompé dans ses prévisons et qu'on voit guérir un malade qu'on avait considéré comme un persécuté, et, partant, comme incurable. Ce n'était qu'un mélancolique, présentant, au point de vue de quelques-uns des caractères extérieurs, du délire des persécutions. Je suis, pour ma part, d'autant plus heureux de voir M. Cotard tracer les grandes lignes de ce diagnostic que, depuis longtemps déjà, j'ai réuni les éléments nécessaires à un travail sur ce sujet, et que j'en ai posé les bases l'année dernière, dans une leçon faite aux élèves de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne.

M. Cotard n'a eu en vue qu'un côté de la question, le diagnostic du persécuté et du *mélancolique négateur*; mais il a indiqué quelques caractères importants et qui suffisent à établir ce diagnostic.

Les principaux de ces caractères sont les suivants :

Le persécuté ne présente pas ordinairement le fecies mélancolique ; le négateur au contraire est déprimé, anxieux, gémissant, etc. — Le persécuté s'en prend au monde extérieur, aux éléments, aux choses et aux hommes de ce qu'il souffre, mais il ne s'accuse pas lui-même. Le négateur au

contraire, s'accuse lui-même, il est incapable, indigne, coupable, damné, on lui fait du mal, on veut le tuer, mais c'est justice, il ne l'a que trop bien mérité par ses crimes.

M. Cotard a ici touché du doigt la différence profonde, capitale, qui existe entre le persécuté et le mélancolique. Il y a, en effet, une opposition absolue dans la manière d'être, de penser, d'agir, de ces deux sortes de malades. Tous deux éprouvent des souffrances, entendent des voix qui les accusent, se croient soumis à des supplices de toute sorte, etc., etc. Mais la réaction chez l'un et chez l'autre se fait d'une façon tout opposée. Le mélancolique s'affaisse, se déprime sous l'influence de ces misères, de ces tourments; loin d'en vouloir à ceux qui l'obsèdent, il s'accuse, se fait humble, contrit, et ne proteste d'aucune façon; il est coupable et mérite les plus grandes punitions. Le persécuté, lui, *réagit* activement; on lui en veut, ceux qui lui en veulent sont des misérables; il saura se venger, etc. Comme je le disais aux élèves dans la leçon à laquelle je fais allusion, l'état moral et mental des deux malades pourrait se résumer d'un mot: le mélancolique est un *contrit*; le persécuté est un *révolté*.

Et cette différence est tellement capitale, ajoutais-je, qu'elle influe sur le mode d'agir des deux malades, et fait que leurs actes sont en opposition formelle. Le mélancolique est un *contrit*, un coupable; que va-t-il faire en se sentant puni? Sa conduite est toute naturelle et sa ressource tout indiquée: il a recours au *suicide*. Le persécuté, au contraire, comme nous l'avons vu, est un *révolté*; il a accepté la lutte avec ses persécuteurs imaginaires, et ne rêve que vengeance. Pourquoi, dans ces dispositions d'esprit, se suiciderait-il? Non, le persécuté a recours à l'*homicide*, et cet acte est la conséquence naturelle de son état de révolte et de lutte contre ses ennemis.

Pour moi, et cela découle logiquement de la disposition d'esprit de chacun des malades, l'homicide est le fait du persécuté; l'acte auquel il est presque fatalement amené, tandis que chez lui le suicide est un fait absolument exceptionnel; j'ajouterais presque qu'il n'existe pas chez le véritable persécuté. Au contraire, le suicide est l'acte délirant auquel est fatalement entraîné le mélancolique, qui n'en arrive que très rarement à l'homicide, et encore pour des motifs tout autres que ceux qui guident le persécuté. J'attribue à cette différence dans l'état moral des deux sortes de malades, et à cette différence dans l'acte morbide qui en est la conséquence, une importance tellement grande que j'ai pu bien des fois, par ce seul fait qu'un malade considéré comme persécuté présentait des idées de suicide, le ranger au nombre des mélancoliques, et voir les événements me donner entièrement raison.

Aussi ai-je été heureux de voir que, pour M. Cotard, le *suicide était relativement rare* dans le délire de persécutions, car, dans la plupart des auteurs classiques, on voit cet acte pathologique signalé comme très fréquent dans cette affection mentale.

Le seul point que je me permettrai de critiquer dans le travail de M. Cotard est le titre de *délire des négations* qu'il donne à cette disposition mentale des mélancoliques. Assurément, ces malades nient lorsqu'ils disent qu'ils n'ont plus de nom, plus d'âge, de corps, qu'il n'y a pas de Dieu, de terre, etc. Mais, lorsqu'ils disent être ruinés, coupables, indignes, damnés, ils ne nient pas, ils affirment, et cependant, en y réfléchissant bien, ces affirmations et ces négations sont de même nature, proviennent de la même source, et tirent leur origine de cette disposition maladive des sujets qui leur fait voir tout en noir, qui les porte à se regarder comme malheureux et coupables, sans espoir de santé, de vie, de pardon, au milieu d'un monde qui n'existe plus pour eux, tant ils sont plongés dans les abîmes de la douleur. Ils n'ont plus de corps, il n'y a plus de Dieu pour eux, comme ils sont ruinés, damnés, déshonorée; toutes leurs idées, toutes leurs paroles, qu'ils nient ou affirment, sont des paroles de tristesse; elles sont marquées au coin de l'abattement et de la défaillance; ce n'est ni la négation ni l'affirmation qui se trouvent être la caractéristique de cet état moral, c'est — le mot me manque — une espèce de *désespérance* sombre et inquiète, d'où résultent des exclamations tantôt négatives et tantôt affirmatives, mais qui, toutes, sont douloureuses et désespérées. (Archives de Neurologie, nos 11 et 12, 1882).

Dr E. Régis.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

TRAVAUX DES SECTIONS

2e section (Présidence de M. le docteur Piachaud et de M. le professeur Gosse).

Suite. — Voir les numéros 38, 39, 40, 41, 42, 44 et 48.

M. le docteur Sormani, professeur d'hygiène à l'Université de Pavie, a résumé son important travail de la statistique médicale *sur la mortalité dans les armées*.

MM. Vallin, Petresco, Vicente Cabello, de Cunha Belem et Jose Ennes (de l'armée portugaise), et Tollet (de Paris), ont apporté une sérieuse contribution à l'étude de cette question en communiquant leurs idées et les résultats de leurs observations individuelles sur ce sujet.

— M. le docteur Henrot (de Reims), s'est occupé de la prophylaxie de la diphtérie. La mortalité par la diphtérie augmente en effet dans des proportions inquiétantes en France et dans plusieurs contrées de l'Europe. Il existe cependant un moyen scientifique d'empêcher la contagion de la diphtérie par les voies respiratoires. C'est l'emploi du respirateur à ouate antiseptique; celui-ci arrête, à l'entrée des fosses nasales et de la bouche, les éléments figurés de contagion, en tamisant l'air et en le purifiant, comme le filtre de charbon purifie l'eau. Le médecin a le devoir d'imposer l'usage d'un appareil protecteur, aux élèves, aux infirmiers et autres personnes que, par nécessités de profession, il est obligé de mettre en ses lieu et place à un poste dangereux, dans une salle infectée de diphtérie, par exemple.

La diphtérie n'est devenue si meurtrière dans ces dernières années que parce qu'on la soigne mal, et qu'on néglige les badigeonnages antiseptiques du pharynx souvent répétés, à cause de la gravité qu'ils présentent pour l'opérateur. Avec un appareil protecteur, le respirateur à ouate ou tout autre appareil remplissant le même but, le traitement local de la diphtérie reprendra la place prépondérante qu'il doit avoir, il permettra la guérison d'un beaucoup plus grand nombre de malades; les chefs de service dans les hôpitaux préviendront ces morts prématurées qui viennent si souvent et si cruellement frapper les corps médical. Le pansement antiseptique des voies respiratoires apportera en médecine un progrès aussi considérable que le pansement de Lister en chirurgie.

— M. le professeur Julliard (de Genève) parle sur les *baraquements hospitaliers*, qu'il a fait construire à l'hôpital cantonal, après la guerre de 1870, et qui ont produit d'excellents résultats; le toit, ouvert en haut, assure une ventilation continue, le plancher est élevé au-dessus du sol, les parois latérales sont fermées de rideaux qu'on peut ouvrir à volonté; on peut aussi avoir un hôpital d'été et un hôpital d'hiver.

MM. Georgewitch (de Belgrade), Pigeolet (de Bruxelles) et Gosse (de Genève) exposent les bons résultats obtenus antérieurement, de semblables baraquements, à Vienne, à Bruxelles et à Genève.

M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), qui a présenté à l'Exposition le modèle d'une ambulance mobile, au nom de l'*Association des dames de la Charente-Inférieure*, donne quelques renseignements sur cette Association philanthropique, qui doit donner des secours en cas de guerre ou d'épidémie, et favoriser les sanatoria maritimes pour les convalescents. La baraque construite à cet effet se rapproche de celle décrite par M. Julliard. M. Drouineau pense qu'après y avoir traité des maladies contagieuses, il ne suffirait pas de la laisser chômer, comme le fait M. Julliard pour la sienne, mais qu'une désinfection véritable est nécessaire.

— M. le docteur O. Wyss (de Zurich) fait une communication sur l'*infection dans les hôpitaux d'enfants*; il ne partage pas l'opinion de M. Rauchfuss pour la fièvre typhoïde, et pense qu'il faut isoler les enfants qui en sont atteints. L'isolement et la désinfection sont nécessaires dans les fièvres éruptives et la diphtérie. Il parle de la leucorrhée qu'il a vue chez de petites filles se propager avec une facilité et une ténacité extrêmes et constituer une véritable épidémie. Ce n'est, dit-il, quo grâce à la désinfection des salles, de la literie et des mains des garde-malades avec du chlore et de l'acide phénique que l'on a pu s'en rendre maître.

M. Vallin se demande s'il ne s'agit pas ici plutôt d'une vaginite virulente que de leucorrhée.

— M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) appelle l'attention des hygiénistes sur les *Sanatoria maritimes pour les enfants scrofuleux et rachitiques*. — Après un historique de la question, M. Armaingaud fait l'éloge des bienfaits des stations maritimes chez les enfants lymphatiques, scrofuleux et rachitiques. Comparant le système italien (séjour des semaines) avec le système français de Berk-sur-Mer, où le séjour des enfants dure plusieurs mois, il demande la mise à l'ordre du jour de cette question pour le prochain Congrès d'hygiène.

M. le professeur A. D'Espine (de Genève) rend compte des résultats obtenus par un comité de Genève, qui a envoyé depuis deux ans une centaine d'enfants au lazaret de Cette, de juin à août; on avait éliminé les enfants simplement anémiques ou faibles et la plus grande partie des convois était formée d'enfants lymphatiques ou rachitiques. Les malades graves (carie des os et du crâne, caries multiples, etc.) ont été temporairement améliorés, mais le séjour a été insuffisant et les bains de mer n'ont pas toujours été bien supportés.

M. le docteur Pini (de Milan) signale quelques infirmeries permanentes ou hospices à Venise, à Palerme, mais c'est l'exception, en raison de l'insuffisance des ressources.

M. le docteur Vidal (d'Hyères) croit qu'un établissement de ce genre à Hyères aurait encore plus d'avantages que celui de Berk; on y trouverait un climat bien plus doux et des eaux mères très utiles.

En séance générale, on a soumis à l'approbation du Congrès tout entier le vœu suivant, qui a été adopté: Le Congrès, considérant que les *établissements maritimes pour les enfants scrofuleux et rachitiques* ont déjà rendu de très grands services, tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif, invite les divers Etats et les diverses administrations hospitalières à multiplier ces établissements et à en favoriser a création par tous les moyens dont ils disposent. Dans le but de rendre permanente et continue l'action des Congrès en ce qui concerne cette question, elle sera maintenue à l'ordre du jour du prochain Congrès; d'ici là, M. Armaingaud est désigné pour préparer sur cette question un travail d'ensemble.

Sur la proposition de M. le docteur Lubelski (de Varsovie), les établissements pour les enfants malades, qui ont été institués en certains pays dans les forêts balsamiques, sont compris dans le vœu actuel.

— M. le docteur J. Giné y Partagas (de Barcelone) a clos les travaux de la deuxième section par la lecture d'un mémoire *sur la prophylaxie et le traitement résolutif de l'angine tonsillaire par le bicarbonate de soude.*

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 novembre 1882. — Présidence de M. Jamin.

Anatomie générale. — Des modifications de structure qu'éprouvent les tubes nerveux en passant des racines spinales dans la moelle épinière. Note de M. L. Ranvier.

En résumé, dit l'auteur, les tubes nerveux des racines arrivent sans subir de modifications jusqu'à la couche de névroglie qui entoure la moelle. Dans cette couche, ils perdent leur gaîne de Schwann, mais le protoplasma qui double cette gaîne se poursuit à leur surface et contient même un noyau lorsque le dernier étranglement annulaire est situé à une très petite distance de leur entrée dans la moelle, distance qui doit être inférieure, je le suppose, à la moitié de la longueur d'un segment interannulaire.

Des observations contenues dans la note présente et dans celle que j'ai rappelée plus haut, il résulte que les tubes nerveux des centres cérébro-spinaux possèdent, outre leur enveloppe de myéline, une couche limitante représentant la lame protoplasmique qui double la membrane de Schwann dans les tubes nerveux de la périphérie.

Physiologie. — Des analogies et des différences entre le curare et la strychnine, sous le rapport de leur action physiologique. Note de M. Couty, présentée par M. Vulpian.

L'auteur conclut des faits par lui observés que le mode différent de succession des troubles permet seul de distinguer les deux intoxications, curarique et strichnique: ces deux poisons excitent, puis paralysent les centres nerveux, comme aussi ils paralysent les nerfs des muscles striés ou du cœur; ils agissent donc l'un et l'autre sur l'ensemble des appareils moteurs centraux et périphériques. Seulement, la strychnine modifie d'abord profondément les ganglions cardiaques et surtout la moelle et le bulbe, tandis que le curare porte sa principale influence sur les appareils périphériques des musles striés.

Les troubles capitaux de l'une de ces intoxications deviennent pour l'autre accessoires et tardifs; et ce n'est pas la nature des phénomènes ou leur mécanisme, c'est leur évolution qui devient caractéristique de l'action du poison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

5 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend: 1o Des lettres de candidature de MM. Desnos, Dumontpallier, Hayem et E. Vidal,

pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. 2° Une note sur un cas de léthargie, par M. de Bonadoux.

— M. LUYS présente de la part de M. le docteur Auguste Voisin médecin de l'hospice de Bicêtre, un volume intitulé : *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.*

L'académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la quatrième division.

— M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. le docteur Lambron, membre correspondant national à Luchon.

La commission présente : En première ligne, M. Garreau (de Lille) ; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Andouard et Husson.

Le nombre des votants étant de 55, majorité 28, M. Garreau obtient 47 suffrages, M. Andouard 6, M. Husson 2.

En conséquence, M. Garreau ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la quatrième division.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. - M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une note de M. Barthez, *sur le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par le sulfate de quinine à haute dose.*

Ce n'est pas dans tous les cas indistinctement que M. Barthez a employé et recommandé le sulfate de quinine à haute dose. Il a été amené empiriquement à formuler de la manière suivante les indications de cette médication :

« Lorsque, chez un enfant, la fièvre typhoïde, à partir de la fin de son premier septenaire, se présente avec des caractères tels qu'il y a lieu de poser le diagnostic avec la méningite tuberculeuse, alors existe l'indication de donner le sulfate de quinine à haute dose. »

— M. BOUCHARDAT incrimine surtout, parmi les causes multiples et complexes de la fièvre typhoïde, le non-acclimatement des personnes qui viennent chaque année accroître la population des grandes villes. Il produit différents documents statistiques à l'appui de cette opinion. L'épidémie actuelle doit être attribuée principalement au nombre considérable d'ouvriers non-acclimatés appelés ou retenus par les grands travaux qu'on exécute en ce moment à Paris (Hôtel-de-Ville, hôtel des Postes, égouts, etc.) On devrait donc éviter avant tout l'encombrement des gens non acclimatés, en confiant les travaux de Paris à des ouvriers qui auraient déjà acquis un certain degré d'acclimatement par un séjour antérieur dans de grandes villes. M. Bouchardat, d'ailleurs, a foi dans les progrès de l'hygiène et ne désespère pas qu'on ne trouve le vaccin de la fièvre typhoïde. En attendant, la thérapeutique ne doit pas rester inactive ; M. Bouchardat est partisan de la méthode classique qui se formule d'une manière générale par la dénomination d'*expectation armée*. C'est, en d'autres termes, la médecine des indications.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie. La commission présente : en première ligne et *ex æquo*, MM. Javal et Bouchardat fils ; en deuxième ligne, MM. Henninger et Hardy ; en troisième ligne, M. Onimus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1882. — Présidence de M. LÉON LABBÉ.

M. TRÉLAT, à propos de la correspondance, dit qu'il a reçu de M. Badal (de Bordeaux) un mémoire sur l'élongation de la branche externe de nerf nasal contre les douleurs ciliaires. Renvoyé à une commission : MM. Desprès, Farabœuf, Trélat, rapporteurs.

— M. LABBÉ présente de la part de M. Chabernat (d'Aix) un mémoire sur l'extraction de la cataracte selon la méthode de David. Renvoyé à une commission chargée d'examiner le mémoire de M. Galezowski sur le même sujet, et dont M. Terrier est rapporteur.

— M. MONOD. A propos du procès-verbal, je suis chargé par mon collègue, M. Polaillon, de montrer à la Société les malades opérés par M. Beauregard, dont il avait présenté les moules en lisant son rapport.

M. DESPRÈS. De ces deux enfants, l'un, le garçon, a encore besoin d'un appareil pour marcher, je n'en parlerai pas ; la petite fille marche, il est vrai, mais toujours sur l'avant-pied ; de plus, d'après l'examen de la chaussure qui lui servait avant d'avoir subi la tarsotomie, je crois pouvoir affirmer qu'elle était moins malade qu'elle n'en avait l'air ; elle aurait donc pu éviter cette opération. L'aspect de ces deux résultats n'est pas fait, ce me semble pour nous pousser beaucoup à pratiquer la tarsotomie.

M. TRÉLAT. Toujours dans le même ordre d'idées, je veux citer un cas observé dans ma pratique hospitalière.

Un jeune homme de vingt ans vint demander mes soins à la Charité pour un de ces abcès résiduels de Paget, suite d'un abcès par congestion dû à un mal de Pott. Je le guéris de son abcès, mais il avait eu, par le fait de cette lésion, une paralysie des extenseurs et marchait sur le dos de son pied. Je pratiquai la ténotomie du tendon d'Achille et du long péronier latéral, après quoi, j'appliquai des appareils ; mais je dois dire que je désespérais de le guérir.

M. Collin vint dans mon service et eut l'obligeance de faire un appareil en gutta-percha moulée, dont une partie immobile prenait la jambe et le cou-de-pied, dont l'autre partie mobilisable par un levier très fort prenait l'avant-pied.

J'appliquai cet appareil pendant le sommeil anesthésique et je redressai graduellement le pied.

Après deux mois, le malade pouvait quitter l'hôpital avec un soulier spécial, il boitait à peine.

Il a conservé ce soulier un an environ, il le quitta et survint une récidive.

Revenu dans mon service à Necker, je ne croyais guère pouvoir le guérir que par la tarsotomie ; cependant, je voulus auparavant tenter de nouveau la guérison avec l'ancien appareil ; il ne se moulait plus, et je dus faire refaire un nouveau moulage ; je pus alors sans le sommeil anesthésique redresser brusquement le pied qui fut placé dans un appareil plâtré. Après les vacances, quand j'ai repris le service, il était parti guéri.

Je crois donc, en rapprochant ce fait des observations que nous soumet M. Beauregard, qu'on doit, avant d'essayer la tarsotomie, tenter le redressement avec des appareils, surtout quand les sujets ont moins de vingt ans.

M. DESPRÈS. La petite malade de M. Beauregard conserve de la paralysie des extenseurs, on pourrait l'améliorer avec l'appareil à muscles artificiels de Duchenne de Boulogne.

— M. PERIER lit un rapport sur une observation de macroglossie et sur une observation de myxœdème communiquées par le docteur Guerlain de Boulogne.

La macroglossie a été observée dès la naissance sur une enfant née en 1875; la langue était procidente dans une longueur de cinq centimètres sur quatre de large. — Pas d'hérédité. — A ce moment, M. Guerlain crut devoir s'abstenir de toute intervention, l'enfant se développe, la première dentition se fit bien. Il y a deux ans, cette enfant a été souffrante, la langue a grossi un peu, s'est ulcérée, les dents sont devenues noires ; puis la langue s'est atrophiée au point qu'elle peut être rentrée dans la bouche ; d'habitude l'enfant la laisse procédente. C'est un cas rare de macroglossie congénitale. L'étiologie parait fort obscure, enfin la diminution spontanée de la tumeur est aussi contraire à ce qu'ensei-

gnent les classiques. La guérison est-elle définitive ? n'y a-t-il pas lieu de redouter la venue des règles ?

N'y aurait-il pas lieu, demande M. Guerlain, d'intervenir et d'enlever une partie de la langue par l'écraseur ou le galvanocautère.

Je conseillerais d'abord l'ignipuncture dit le rapporteur. Ce moyen, exempt de dangers, a déjà donné de bons résultats; s'il échouait on pourrait aviser plus tard.

La deuxième observation de M. Guerlain a trait à une jeune Anglaise née dans les Grandes Indes; à l'âge de huit mois, elle tomba de sa petite voiture dont les roues passèrent sur son cou, le traumatisme fut cependant assez léger pour que la mère n'en ait été informée que plusieurs jours après.

Elle a onze ans aujourd'hui, et ressemble absolument à ces magots chinois peints sur les poteries, elle reste toujours accroupie et comme en contemplation, répondant cependant aux questions qu'on lui adresse.

M. Guerlain rapproche ce fait d'un cas publié par M. Bourneville dans le *Progrès Médical*, sous le titre de Crétinisme avec myxœdème.

Cette affection, de date récente est signalée en 1873; Moreau publie un important mémoire en 1875 et Charcot (1880) la qualifie de cachexie pachydermique; elle n'avait été signalée que chez les adultes.

M. Verneuil. La nature nerveuse de cette affection a été d'abord admise comme hypothèse, mais au Congrès de la Rochelle, M. Henrot, de Reims, a mis hors de doute cette origine de la maladie en montrant des filets du grand sympathique qui avaient acquis la grosseur du doigt; la glande pituitaire était grosse comme une pomme d'api et la pinéale comme une prune.

Le traumatisme portant sur le cou dans les cas que l'on vient de nous communiquer, me paraîtrait avoir fait éclore la maladie.

M. Després. L'enfant est née aux Grandes Indes; il y a là des éléphantiasis qui rappellent tout à fait le myxœdème. De plus, M. Trélat nous a présenté ici un enfant à peu près semblable : le classait-on parmi les polysarciques ou les myxœdèmes ?

M. Trélat : L'enfant auquel fait allusion M. Després était seulement un polysarcique.

Quant à l'influence du traumatisme sur la production de ce myxœdème, je ne suis pas en mesure de le nier, mais ce fait n'entraîne pas ma conviction. L'enfant dont il s'agit a, en effet, subi un traumatisme si léger que la mère a pu ne pas s'en apercevoir, et nous savons que tous les parents sont très enclins à rapporter à un traumatisme, à une cause accidentelle, tout ce qu'ont leurs enfants. Aussi ne trouvant pas ici le fait très probant, je fais une remarque de précaution pour ainsi dire.

M. Périer : Si je n'ai pas discuté davantage la pathogénie du myxœdéme, c'est que je considère cette affection comme du domaine de la pathologie interne. Je répondrai à l'objection de M. Després que l'enfant qui a fait le sujet de l'observation de Bourneville était de Neuilly-sur-Seine : on peut donc écarter l'origine des grandes Indes.

— M. Pozzi lit un rapport sur un travail de M. Blum touchant l'arrachement du nerf sous-orbitaire.

Dans ce rapport très savant, l'auteur étudie successivement l'élongation des nerfs et la névrotomie, ou mieux la névrectomie. Il fait remarquer que quelques chirurgiens, se proposant de faire seulement l'élongation, ont pratiqué l'arrachement, aussi se pose-t-il la question de savoir si l'arrachement doit constituer une méthode à part. Il cite une série de faits touchant l'élongation et la névrectomie, et comparant ces deux méthodes, conclut en faveur de la névrectomie pratiquée selon la méthode française

Il n'en apprécie pas moins le travail de M. Blum qui, en pratiquant l'arrachement, a bien produit ce qu'il voulait faire et n'a pas eu un accident opératoire, comme ce qui est arrivé à quelques chirurgiens qui ont arraché en pratiquant l'élongation, et il propose l'insertion du travail de M. Blum.

— M. Guermonprez lit une observation de fracture ancienne du rachis suivie plus tard d'une luxation spontanée de la rotule, et d'une ulcération spéciale de la région ischiatique. Renvoyé à une commission composée de MM Marchant, Nepveu et Chauvel, rapporteurs.

Dr Henri Bastard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1882. — Présidence de M. Millard

Muguet et fièvre typhoïde. — A l'occasion du procès-verbal, M. Damaschino fait une communication sur le muguet primitif du pharynx chez les individus atteints de la fièvre typhoïde. C'est le 28e jour que les premières plaques apparurent, coïncidant avec une augmentation vespérale de la fièvre. Elles étaient d'un blanc éclatant, et siégeaient à la fois sur le pharynx et sur la muqueuse de la lèvre supérieure. Les spores d'oïdium albicans étaient incontestables. Cette observation fut remarquable par la longue persistance du muguet. M. Damaschino rapporte un second fait survenu chez un typhoïdique grave et dans lequel la gorge et la bouche furent prises simultanément sans que l'on pût déterminer quel avait été le point de départ.

De ces observations, il ressort que le muguet peut affecter spécialement la gorge chez les dothiénentériques et avoir une influence fâcheuse sur les fonctions digestives; ce n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. M. Damaschino cite les belles recherches de M. Parrot sur cette question.

M. Duguet profite de l'occasion qui lui est offerte par la communication de M. Damaschino pour faire part à la Société de ce qu'il a observé cette année dans son service de l'hôpital Lariboisière au sujet du muguet primitif du pharynx, car il croit avoir eu le singulier privilège d'en rencontrer un très grand nombre de cas.

Dès le commencement de l'année, il fut à même d'en observer plusieurs exemples chez des malades cachectiques, tuberculeux, cancéreux et même cirrhotiques.

Quand survint l'épidémie de fièvre typhoïde, le nombre des cas de muguet de la gorge prit dans son service des proportions incroyables. Il est vrai qu'il lui est arrivé d'avoir simultanément, dans ses deux salles, jusqu'à 80 malades atteints de fièvre typhoïde. Dans la salle des hommes, il eut une quarantaine de cas de muguet; dans celle des femmes, avec un nombre de fièvres typhoïdes toujours moindre, il a eu une dizaine de cas seulement, ce qui constitue, pour son service seul, une cinquantaine de cas de muguet primitif de la gorge. De plus, il a eu l'occasion d'observer et de faire voir à plusieurs confrères de la ville cinq à six cas de fièvre typhoïde grave s'accompagnant de muguet primitif de la gorge, muguet absolument identique par ses caractères à celui qu'il traitait à la même époque à l'hôpital.

Les malades accusaient tous une dysphagie dépassant en intensité celle que peut donner la sécheresse de la gorge dans la fièvre typhoïde. Beaucoup d'entre eux se trouvaient dans l'impossibilité d'avaler, et la plupart rejetaient les boissons ou même vomissaient. Or, on sait que le *vomissement* n'est point un accident qui cadre avec la symptomatologie habituelle de la dothiénentérie. Si l'on examinait la bouche on trouvait toujours le voile du palais, rarement la paroi postérieure du pharynx, presque toujours les piliers et les amygdales, quelquefois les parois buccales, les joues et la langue, presque jamais les gencives et les lèvres, couverts d'un enduit blanc, grisâtre, plaqué, peu épais, bordé sur les confins d'un pointillé semblable à des grains de semoule cuits; le tout, enfin, assez facile à détacher et reposant sur une muqueuse rouge et comme dépouillée de son épithélium.

Ces concrétions, toujours confluentes, du voile du palais, y formaient des plaques occupant toute la face antérieure de ce voile et coiffant très souvent la luette. Elles représentaient exactement l'image du muguet primitif de la gorge présenté en 1880 ici même par M. Damaschino. Avec cela, il n'existait pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Chez tous ses malades, M. Duguet a pu très rapidement, souvent même en 24 heures, faire disparaître totalement ces concrétions crémeuses à l'aide de badigeonnages répétés avec un collutoire au miel rosat boraté ou avec une solution concentrée de bicarbonate de soude. Le lendemain, la muqueuse palatine se montrait comme dépouillée, d'un rouge vif, ne présentant plus que quelques points clairsemés de concrétions parasitaires, et, grâce à la continuation des badigeonnages et des lotions à l'eau bicarbonatée, elle finissait promptement par offrir une netteté parfaite.

Phénomène bizarre, le muguet avait une tendance étonnante à reparaître sur les mêmes surfaces qu'il avait précédemment occupées. Dans quelques circonstances, il était d'une ténacité désespérante dans ses retours offensifs.

Malgré les soins attentifs de chaque jour, M. Duguet a failli perdre deux de ses malades d'inanition causée par le muguet dans les conditions suivantes : Une femme de 28 ans avait été atteinte de fièvre typhoïde ataxo adynamique grave compliquée, sur la fin, d'une phlébite double des membres inférieurs ; un homme âgé de 35 ans avait présenté une fièvre adynamique sévère, d'une durée de quatre semaines également. Tous deux avaient offert, dans le cours de la maladie, ce muguet tenace, récidivant, et, en fin de compte, ils étaient arrivés à la période de convalescence sans que le muguet ait dit son dernier mot. Depuis plusieurs jours déjà ils étaient sans fièvre, mais ils restaient hâves, leur appétit ne se réveillait pas ; loin de là ils ne voulaient ni ne pouvaient plus rien prendre, ils souffraient considérablement pour avaler, rejetaient et vomissaient toute espèce de boisson (bouillon, lait, eau rougie). Ils pâlissaient, se décharnaient à vu d'œil et tombaient dans une faiblesse extrême qui faisait craindre une issue très prochainement fatale, sans qu'aucune des complications ordinaires de la fièvre typhoïde pût être invoquée.

Considérant ce dépérissement rapide comme le résultat de l'inanition causée par la propagation du muguet de la gorge à l'œsophage et à lestomac, M. Duguet résolut d'alcaliniser outre mesure ces malades et leur fit prendre de 3 à 4 grammes par jour de bicarbonate de soude à l'intérieur, tantôt dans du lait, tantôt dans de l'eau, tout en continuant les badigeonnages et les lotions alcalines du pharynx. C'est alors que du jour au lendemain un changement des plus considérables se manifesta, la disphagie et le rejet des liquides diminuèrent si bien qu'en trois ou quatre jours les vomissements avaient cessé et que les malades prenaient des bouillons alimentaires. En moins de huit jours, vin, potages et œufs étaient bien supportés et quinze jours plus tard les individus étaient sur pied récupérant leur écorce musculaire comme les autres convalescents. Ces deux malades guérirent parfaitement.

Il y a loin de ces muguets primitifs de la gorge à l'angine diphtérique. Pendant l'épidémie actuelle, M. Duguet n'a observé qu'un cas de complication d'angine de cette nature. Il est survenu, il y a quelques jours, chez une femme de 29 ans, parvenue à la période de convalescence. Les plaques diphthéritiques, d'un blanc plus nacré, occupaient les mêmes surfaces que le muguet de la gorge, mais avec des confins non semés de grains rhiziformes. Ici, bien entendu, les badigeonnages au miel boraté et les solutions alcalines n'ont pas fait disparaître les fausses membranes du jour au lendemain, comme dans les cas d'angine crémeuse. Elles ont résisté fortement, sans se laisser en rien modifier par les applications réitérées du collutoire et du bicarbonate. Elles ont fini, cependant, par s'amincir et se dissiper à la longue, au bout d'une huitaine de jours en faisant perdre à la malade une partie de sa luette. Aujourd'hui cette femme est entièrement guérie.

M. Bucquoy rapporte un fait analogue à ceux de M. Duguet qu'il a eu l'occasion d'observer il y a 2 ou 3 ans, et dans leque l'invasion du muguet a failli compromettre l'existence du typhoïdique qui en était atteint. La bouche, l'œsophage et l'estomac étaient envahis. Le malade rendait des paquets de mycélium volumineux dans les matières vomies. Cette observation montre l'extension du muguet jusque dans l'estomac et la gravité de cette complication.

M. Guyot n'a constaté que deux ou trois cas à peine de muguet chez ses thyphoïdiques, grâce à la précaution qu'il prend de badigeonner par avance la muqueuse buccale et pharyngée avec le bibarbonate de soude.

M. Damaschino dit qu'il est indiscutable qu'un premier malade puisse être le point de départ de l'éclosion de toute une épidémie.

M. Bucquoy est surpris de la rapidité du succès obtenu par M. Damaschino par l'emploi du borax et du miel rosat, l'usage du sucre devant avoir pour effet de favoriser, au contraire, le muguet. Aussi se garde-t-il bien de l'employer et a-t-il généralement recours au bicarbonate de soude.

M. Damaschino affirme les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi du borax. Néanmoins, depuis qu'il a à sa disposition de l'eau oxygénée il n'emploie plus ce médicament.

M. Du Castel croit que le grand nombre des cas de muguet tient plus au génie épidémique qu'à la contagion du mal.

La résorcine. — M. Desnos fait connaître le résultat des recherches faites dans son service sur les propriétés thérapeutiques antiputrides et antipyrétiques de la résorcine. Ce médicament a été expérimenté dans la phtisie, dans le rhumatisme et dans la fièvre typhoïde. Dans les deux premières de ces maladies, les résultats ont été négatifs. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, ses effets sur l'abaissement de la température ont été des plus remarquables. Sous son influence, en effet, M. Desnos a vu cette température tomber rapidement de 40 à 37o en s'accompagnant de sueurs réellement profuses. De plus, la résorcine est un médicament plus facile à manier que l'acide phénique, moins anémiant que celui-ci ; c'est en outre un bon modificateur de l'intestin, capable d'arrêter la diarrhée. M. Desnos ne fait pas connaître la dose à laquelle on doit l'administrer, il dit seulement que son emploi exige certaines précautions, à cause de ses propriétés toxiques.

Corps étranger intestinal. — M. Laboulbène met sous les yeux de ses collègues un corps étranger qui a été rendu dans les garde-robes par un de ses confrères de province. Au premier abord, on le prendrait pour un corps nématoïde, pour un helminthe. C'est un cordon rugueux, à reflet nacré, et présentant des stries transversales, formé de tissu conjonctif, que M. Robin a reconnu n'être autre chose qu'un tendon.

M. Duguet a observé un fait à peu près semblable chez un individu qui mangeait gloutonnement et se disait « dévoré intérieurement par des couleuvres. » Dans les selles, on trouvait des aponévroses, des tendons, des artères avec leurs branches, provenant d'aliments non digérés.

L'hystérie chez l'homme. — M. Sevestre donne lectrue de deux faits d'hystérie chez l'homme, observés à l'hôpital Tenon en 1880 et 1881 ; le premier chez un ouvrier serrurier de vingt-cinq ans ; le second chez un garçon de vingt-deux ans, tourneur en cuivre.

Ces observations ont été publiées dans le bulletin de la Société de biologie.

Un troisième fait s'est présenté ce matin même dans son service ; il s'agit d'un infirmier de la salle des femmes qui est venu le trouver, se plaignant d'une douleur vive dans le côté gauche du cou. Tout le côté droit du corps était anesthésié et les organes des sens présentaient des troubles fonctionnels.

Cet homme aurait eu à la Charité, il y a deux ans, dans le service de M. Laboulbène, une attaque avec perte de connaissance

ayant duré deux heures. De plus, il aurait été opéré antérieurement par M. Lereboullet pour un kyste hydatique du foie.

M. Lereboullet se rappelle, en effet, l'avoir opéré d'un kyste très volumineux, mais il ne connaît rien au point de vue des troubles nerveux.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Varèle.

BIBLIOGRAPHIE

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par M. le docteur C. Van Lair, professeur à l'Université de Liège (Bruxelles, 1882), chez H. Manceaux, 2me édition. — Un volume, grand in-8o de 347 pages.

Ces dernières années ont vu réaliser les plus sérieux progrès dans nos connaissances en pathologie cérébrale et nerveuse, en physiologie des fonctions cérébro-médullaires, et dans l'étude des localisations cérébrales; malgré cela, aucun traité complet embrassant dans une étude d'ensemble la névralgie, son origine, sa pathogénie et ses traitements, n'existait avant la publication de la première édition du livre de M. Van Lair en 1866. Depuis cette époque a paru, en Angleterre, un ouvrage conçu sur le même plan, celui d'Anstie édité à Londres en 1871 (la traduction française n'en a pas été faite); l'auteur trace de la névralgie un tableau étendu dont certains détails ont été bien soignés, mais dont certains autres font honneur surtout à l'imagination inventive du pathogéniste. De nombreuses monographies sont bien consacrées à l'étude de l'intéressante question des névralgies, les grands ouvrages classiques lui accordent sans doute une place parfois notable; mais, en somme, il n'existe pas en France un traité spécial des névralgies, et c'est un peu ce vide dans la littérature médicale que le professeur a voulu combler en coordonnant dans une même œuvre toutes les recherches physiologiques des auteurs français et étrangers relatives aux névralgies, toutes les conquêtes récentes de la neuro-pathologie; enfin tous les féconds résultats d'une pratique et d'une expérimentation personnelles de plusieurs années. Cette seconde édition est l'expression complète et exacte de l'état actuel de nos connaissances sur la névralgie, ses origines et sa thérapeutique.

La division adoptée par le savant écrivain belge lui a permis, autant de satisfaire les exigences du praticien désireux de connaître les armes que la thérapeutique moderne met entre ses mains pour combattre une des plus pénibles maladies, que de présenter aux anatomo-pathologistes et aux physiologistes un résumé des opinions émises par les auteurs les plus autorisés et la théorie que lui-même défend sur la nature et l'origine des névralgies.

M. Van Lair définit la névralgie: une affection dont le symptôme essentiel consiste dans une douleur paroxystique, reconnaissant pour cause exclusive une altération spéciale, encore indéterminée, des éléments propres du tissu nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire. Cette définition exclut de la classe des névralgies vraies toute affection dans laquelle la douleur reconnaît pour origine une lésion connue ou directement appréciable, l'auteur admettant évidemment les lésions deutéropathiques des nerfs après des névralgies longues et rebelles, mais comme effet et non comme cause anatomique. Pour lui, c'est un changement dans l'état de la cellule sensitive, qui constitue l'élément pathogénique nécessaire de la névralgie. La cellule nerveuse cérébrale ou ganglionnaire subit une influence, une modification telle qu'elle devient apte à élaborer une douleur spéciale, la douleur névralgique. M. Van Lair est partisan de la théorie qui admet l'origine centrale des névralgies. Pour qu'il y ait névralgie, il faut que la cellule nerveuse subisse la modification particulière, qui constitue l'essence même de la maladie, que cette atteinte soit directe et primitive (névralgies centrales d'emblée), ou qu'elle soit consécutive à une lésion, toujours *anatomiquement inappréciable*, de la fibre nerveuse (névralgies centrales à origine périphérique). C'est dans ce second genre de névralgies, que l'on peut surtout espérer un succès chirurgical après l'élongation ou la résection de la fibre nerveuse; malheureusement nos connaissances actuelles ne permettent pas encore de diagnostic différentiel précis entre ces deux genres de névralgies. L'auteur admet la même pathogénie pour les névralgies ganglionnaires.

La partie du livre où M. Van Lair, soutenant sa thèse de l'origine centrale, discute et combat les nombreuses objections soulevées contre cette pathogénie, est un des côtés intéressants de cette longue et laborieuse étude; le lecteur, après avoir suivi l'écrivain dans tous ses développements reste convaincu que seule cette théorie centrale peut fournir une interprétation fidèle et complète des faits cliniques observés et que seule elle donne la clef des phénomènes physiologiques de la névralgie. M. Van Lair a fait dans son traité une étude spéciale de l'action et du rôle des *nervi nervorum* et des fibres récurrentes. L'existence de ces ramuscules expliquerait la direction variable, tantôt centripète tantôt centrifuge de la douleur névralgique. L'influence des fibres récurrentes serait prépondérante dans les névralgies à douleur centripète, tandis que les nervi nervorum montreraient leur puissance algésique plutôt dans les névralgies descendantes. La présense des nervi nervorum et des fibres récurrentes, formant communication avec les nerfs voisins, explique aussi bien les douleurs localisées que les irradiations parfois limitées, d'autrefois étendues de la douleur névralgique.

Après la théorie, large part est faite à la pratique, et l'auteur n'a certes négligé aucun élément de traitement, ni passé sous silence aucune des récentes conquêtes de la thérapeutique médicale ou chirurgicale des névralgies. L'influence de l'hypnotisation même est étudiée.

M. Van Lair range dans la classe des névralgies toutes ces affections vagues et indéterminées que l'on a tour à tour décrites sous les noms de rhumatisme musculaire, douleurs rhumatoïdes... Ce sont des myalgies, des dermalgies, des viscéralgies... Il consacre une division de son ouvrage aux névralgies symptomatiques d'un état morbide général (névralgies holopathiques), que cet état morbide général soit de cause organique comme dans les névralgies hystériques, épileptiques, hypochondriaques... diathésiques... ou de cause toxique, saturnine, paludique, pellagreuse, etc., et aux névralgies symptomatiques d'un état morbide localisé, telles que les névralgies réflexes et les pseudo-névralgies produites par les troubles vaso-moteurs, l'inflammation, les néoplasmes, etc...

Ce court aperçu, quelque incomplet qu'il soit, suffira, nous l'espérons, pour donner une idée de l'intérêt de l'ouvrage et de la somme de travail et d'érudition qu'il a exigée de la part de son savant auteur.

Dr Léopold Dejace.

VARIÉTÉS

Un cinquantenaire académique.

L'Académie des sciences était en fête lundi dernier ; il s'agit de l'une de ces fêtes auxquelles il est rarement donné d'assister et qui font époque dans les Annales de la haute assemblée. Vers 4 heures, elle interrompait sa séance hebdomadaire pour célébrer les *Noces d'or* académiques de l'un de ses membres les plus illustres, du savant secrétaire perpétuel, M. J.-B. Dumas.

C'est au milieu du silence le plus profond, et non sans une certaine émotion, que M. Jamin, président de l'Académie, s'est levé et a pris la parole pour offrir, au nom de ses confrères, au maître, au savant « qui honore l'Académie depuis un demi-siècle », une médaille en or frappée à son effigie sur l'une de ses faces, tandis que l'autre porte l'inscription suivante :

A J.-B. DUMAS

Ses confrères, ses élèves, ses amis

SES ADMIRATEURS

Nous ne reproduirons pas ici le remarquable discours de M. Jamin, inspiré par l'affection vraie, la reconnaissance et le respect de l'élève pour son maître — la place ne nous le permet pas ; — nous nous bornerons seulement à en signaler ici les principaux passages.

Après avoir rappelé les premiers travaux de M. Dumas à Genève où, dès l'âge de vingt-deux ans, il débutait avec Prévost par des découvertes restées célèbres en physiologie, sur l'urée, sur le sang, sur la génération, il cite « les charmes et les merveilles de son enseignement à l'Athénée, à l'Ecole polytechnique, à la Sorbonne, à l'Ecole de médecine, au Collège de France, et à l'Ecole centrale. »

Quand on récapitule, dit-il, les travaux que vous avez accomplis, les services de toute nature que vous avez rendus, les découvertes que vous avez faites, les leçons que vous avez données dans toutes les chaires, les œuvres littéraires que vous avez écrites, les idées que vous avez semées, toute cette existence enfin qui n'a jamais connu le repos, on s'étonne que vous n'ayez pris qu'un demi-siècle pour remplir un si vaste programme ; et quand on a le bonheur de vous voir et de vous entendre, on s'émerveille qu'un demi siècle de travaux sans trêve vous ait encore laissé tant de jeunesse à dépenser. C'est que de toutes les passions humaines, celle de l'étude est la plus saine, qu'elle laisse aux organes toutes leur force, à l'esprit toute sa sérénité, car elle est la jeunesse.

Enfin, M. Jamin termine cette barangue pleine de cœur en disant à M. Dumas que tous les biens qui viennent de Dieu lui ont été donnés sans compter, le bonheur intime, une santé que rien n'a effleurée, la bienveillance du cœur envers tous, une vigueur d'esprit qui n'a cessé de grandir, tous hiens « auxquels toutes les récompenses humaines sont venues s'ajouter par surcroît. Et vous avez atteint le plus haut degré de gloire qu'un savant puisse imaginer. Comme Franklin, vous devez dire : si je recommençais la vie je ne pourrais demander mieux. »

C'est en proie à la plus vive émotion que M. Dumas, se levant à son tour, a remercié l'Académie de « l'inestimable présent dont elle honorait la fin de sa carrière » et du souvenir que ses anciens disciples, aujourd'hui ses confrères, voulaient bien garder « des leçons d'un autre temps. »

Vous avez raison, dit-il, il faut honorer le professorat, car la parole est une puissance ; car, du haut de sa chaire publique, le professeur remplit une mission sacrée.

Il apprend à aimer la vérité, à respecter le génie, à chérir la patrie et à bien servir.

« Quiconque s'est vu entouré d'une jeunesse attentive, s'enflammant aux accents du maître, vibrant à ses émotions, s'élançant pleine de foi vers les conquêtes signalées à son ardeur, celui-là a connu les plus nobles jouissances de l'âme humaine. »

Remerciant une dernière fois ses confrères de l'Académie, M. Dumas déclare que la médaille qui vient de lui être remise « sera conservée pieusement par sa famille comme le plus cher des souvenirs de son existence, et par ses descendants comme le plus honorable des titres de noblesse. » Les paroles que nous venons de résumer ont été accueillies par des applaudissements non moins nombreux que le discours de M. Jamin.

VARÈLE

CHRONIQUE

MOUVEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Les chiffres officiels fournis par l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de la ville de Paris donnent les résultats suivants pour les journées du 30 novembre au 6 décembre 1882 inclusivement.

Typhoïdiques.	nov.	décembre					
—	30	1	2 (1)	3	4	5	6
Entrées dans les hôpitaux.	37	21	»	15	18	34	27
Sortis après guérison......	29	46	»	16	56	37	40
Décès..................	2	3	»	5	5	6	1

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde existant dans les hôpitaux de Paris, diminue très lentement ; il était, le 30 novembre au matin, de 1,158 ; il est aujourd'hui, 7 décembre au matin, de 1,037, soit une différence en moins de 121 seulement.

D'après les chiffres qui sont inscrits ci-dessus, on voit que le total des entrées, pendant les six journées du 30 novembre au 6 décembre, a été de 152, et celui des décès de 22, soit une moyenne quotidienne de :

25,33 pour les entrées,

3,66 pour les décès,

qui indique une différence en plus, sur la semaine dernière, de 2,33 pour les entrées de chaque jour et une différence en moins de 0,34 pour les décès quotidiens.

La décroissance dans le mouvement de la fièvre typhoïde dans les établissements hospitaliers de Paris, que nous avions signalée dans nos précédents tableaux, s'est donc arrêtée cette semaine, pour faire place à une sorte de *statu quo* ou plutôt à une augmentation ; celle-ci est heureusement des plus légères et ne suffit pas pour indiquer un état sanitaire plus mauvais que celui de la semaine dernière.

***

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec le plus profond regret la mort de M. le docteur Lambron, médecin inspecteur des eaux de Luchon.

— Nous avons aussi la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Ed. Cazalis, médecin honoraire des hôpitaux, qui vient de succomber, à l'âge de 75 ans, à une angine de poitrine. C'était un clinicien très instruit, faisant marcher de front la science et l'art. Il honorait aussi la profession par la dignité de son caractère.

— M. le docteur Bonnet-Duverdier, député de Lyon et ancien membre du Conseil municipal de Paris, est décédé ces jours derniers.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'ouverture du concours de l'agrégation, section de pathologie interne et médecine légale a eu lieu vendredi soir à 5 heures. Sur les 27 candidats, 20 ont seulement répondu à l'appel de leur nom. Les sept candidats qui se sont désistés sont, par ordre alphabétique : MM. Balzer, Barth, Brissaud, Cuffer, Déjerine, Labadie-Lagrave et Robert Moutard-Martin.

(1) Nous n'avons pu avoir aucun renseignement pour la journée du 2 décembre.

La première épreuve — composition écrite — a eu lieu le lendemain 2 décembre à onze heures. Sujet: « Texture des artères; du pouls à l'état physiologique ». La lecture des copies occupera sept séances du 4 au 11 décembre inclusivement.

* * *

ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a décidé qu'un examen d'aptitude sera ouvert le 20 décembre prochain pour les emplois de médecin stagiaire. Les conditions d'admission sont celles qui sont contenues dans le programme du 7 avril 1882.

Les épreuves se composent :

1o D'une proposition écrite sur une question de pathologie générale ; 2° d'une épreuve orale d'anatomie des régions avec applications à la médecine et à la chirurgie ; 3o de l'examen clinique de deux malades.

Les demandes d'admission devront être parvenues au ministre de la guerre le 10 décembre, terme de rigueur.

* * *

SERVICE MÉDICAL DES ÉCOLES ET SALLES D'ASILE. — Le Conseil général de la Seine vient de voter une somme de 20,000 fr. pour l'organisation d'un service médical dans les écoles et les salles d'asile du département. Les médecins du nouveau service seront nommés par le préfet de la Seine sur une liste établie par les maires et comprenant un nombre de candidats triple de celui des titulaires à nommer.

* * *

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — Ce Conseil, qui vient d'ouvrir sa seconde session, est saisi des différentes réformes à l'ordre du jour, à savoir : création d'un nouveau diplôme de doctorat ès-sciences médicales ;— réglementation des cours libres dans les Facultés ; — régime des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;—suppression du baccalauréat ès-sciences restreint, etc.

Cette suppression du baccalauréat ès sciences restreint pour les élèves en médecine a déjà été décidée par le Conseil supérieur de l'instruction publique.

* * *

ERRATUM. — Dans l'Index de thérapeutique de l'avant-dernier numéro, au lieu de « une huile de foie de morue et un *bain* créosotés », lisez « une huile de foie de morue et un *vin* créosotés. »

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 23 NOVEMBRE AU JEUDI 29 NOVEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 79. — Variole 10. — Rougeole 10. — Scarlatine 0. — Coqueluche 3. — Diphtérie, croup 34. — Dysenterie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Phthisie pulmonaire 197. — Autres tuberculoses 4. — Autres affections générales 66 — Malformation et débilité des âges extrêmes 56. — Bronchite aiguë 41. — Pneumonie 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 53, — au sein et mixte 33. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 81. — de l'appareil respiratoire 73. — de l'appareil digestif 51. — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 2. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 1. — Total de la semaine : 1071 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 14 décembre 1882.

LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE EXPÉRIMENTALE.

Quand on découvre un nouveau microbe dans un produit pathologique, un expérimentateur ayant à sa disposition un laboratoire a désormais son programme tout tracé d'avance. Cultiver le microbe dans des milieux convenables, étudier son mode d'action sur l'organisme vivant, rechercher les moyens d'atténuer les effets consécutifs à son inoculation et transformer ainsi celle-ci en une opération prophylactique, c'est-à-dire en une sorte de vaccination : tel est ce programme; tel est aussi celui que M. Chauveau travaille en ce moment à réaliser pour le microbe de la septicémie puerpérale.

Les premiers résultats publiés par le savant physiologiste dans le LYON MÉDICAL sont encore fort incomplets. Le cobaye s'étant montré réfractaire au *micrococcus puerperalis*, il s'est adressé au lapin. Pauvre lapin! à quel microbe résiste-t-il? Et n'est-ce pas afin de permettre à son espèce de lutter contre cette réceptivité pour tant de maladies infectieuses, que la nature l'a doué d'une puissance si grande de reproduction? Quoi qu'il en soit, le lapin, inoculé avec les produits provenant d'une femme morte de septicémie puerpérale, présente lui-même des accidents septiques auxquels il succombe le plus souvent, et qui peuvent présenter à peu près toutes les formes connues de la septicémie puerpérale. Pas n'est besoin d'avoir affaire à une lapine qui vient de mettre bas ou qui est à l'état de gravidité, ni même à une femelle quelconque; un mâle, jeune ou vieux, est tout aussi apte à contracter cette septicémie expérimentale.

Les résultats de l'expérimentation concordent à ce point de vue avec ceux de l'observation clinique. On sait, en effet, que la septicémie puerpérale n'est pas exclusive aux femmes en couches, puisqu'on a vu des élèves sages-femmes, c'est-à-dire des jeunes filles, vivant dans un foyer endémique ou épidémique, succomber avec tous les symptômes et offrir à l'autopsie la plupart des lésions de l'infection puerpérale. On a même cité des médecins ou des élèves en médecine qui auraient été plus ou moins impressionnés par le même principe infectieux.

Bon nombre d'auteurs ont rapporté, d'autre part, des cas où la septicémie puerpérale semblait se rattacher étiologiquement à tout autre agent septique que l'agent puerpéral, et c'est en souvenir de ces faits que, dans un *Rapport sur les nouvelles Maternités*, présenté récemment à la Société de médecine publique, M. Thévenot recommande d'isoler les maternités de tout hôpital général, d'avoir dans toute maternité des pavillons d'isolement pour les femmes malades, de ne faire aucune autopsie dans les maternités ou les services d'accouchements, et d'en confier le soin à un personnel médical n'ayant aucune communication avec les femmes en couches.

FEUILLETON

L.-A. DESMARRES.

« Les morts vont vite », dit le poète. Lecteur, qui voulez rendre avec moi un hommage mérité au vénéré mort auquel sont consacrées ces lignes, suivons pour un moment le temps dans sa course rapide. Bientôt nous avons dépassé deux siècles : l'an 2,082 est l'année du premier centenaire de la fondation du grand Institut ophtalmologique de Paris. C'est en 1982 que la première pierre de ce magnifique établissement, gloire de la capitale française, a été posée. Le chirurgien en chef est désigné par ses collègues de l'Institut pour faire le discours solennel, et il choisit, ému par un louable orgueil patriotique, l'éloge de la sommité de l'ophtalmologie française du dix-neuvième siècle : son choix ne pouvait tomber sur un autre que sur Louis-Auguste Desmarres.

Rien ne sera plus facile au savant professeur que de tracer l'énumération des travaux scientifiques du maître, d'esquisser la puissante influence qu'il a exercée sur la direction et la marche ascendante de cette importante branche de la médecine, de prouver quel haut mérite il s'est acquis, au point de vue humanitaire, en formant une série d'élèves qui répandirent ses leçons dans tout l'univers. Mais ce que désire surtout notre orateur, c'est de présenter devant ses auditeurs un portrait fidèle de la personnalité même de l'homme qui l'a précédé depuis plus de deux siècles dans un enseignement qui lui est cher. Aussi se met-il à la recherche de tout document capable de lui fournir un trait qui contribue à rendre plus saisissante l'image qu'il veut faire revivre devant ceux qui assistent au centenaire.

Ses premières recherches portent sur les documents que l'histoire de la Faculté de médecine doit certainement pouvoir lui fournir, car le nombre de ceux qui ont surnagé à la houle séculaire est si restreint qu'il est impossible que le nom de Desmarres ne figure pas dans l'enseignement officiel du temps passé. Mais toutes ses recherches restent vaines. Surpris de ce résultat, il désire savoir au moins quelle est la cause de ce fait étrange. Dans ce but, il étudie ce qu'a été l'enseignement de l'ophtalmologie dans une des

Cela dit, il y aurait lien, dans les expériences poursuivies par M. Chauveau, d'étudier parallèlement et dans les mêmes conditions les effets de l'inoculation du micrococcus puerpéral et d'autres agents septiques. Mais il nous semble que certains animaux se prêteraient mieux que le lapin à des expériences comparatives de ce genre, et nous citerons en première ligne la brebis qui, selon des faits rapportés par Hutchinson, présenterait parfois des accidents puerpéraux identiques à ceux que l'on observe dans l'espèce humaine. M. Chauveau est mieux placé que personne pour porter ses recherches sur ce terrain et étudier ainsi, sinon résoudre expérimentalement, la question des rapports de la septicémie puerpérale avec les autres maladies septiques.

Un fait d'une haute importance semblerait déjà établi par les expériences de M. Chauveau : la septicémie puerpérale expérimentale ne récidive pas ; l'animal inoculé qui survit résiste à de nouvelles inoculations ; il est réfractaire à une atteinte ultérieure de la maladie. En est-il de même dans l'espèce humaine ? se demande M. Chauveau. Une femme qui a surmonté une première fois les accidents graves de l'infection puerpérale est-elle à l'abri désormais de pareils accidents ? En d'autres termes la septicémie puerpérale crée-t-elle, par rapport à elle-même, une immunité comparable à celle des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde ? M. Chauveau a quelque tendance à le croire. Nous avouons être à cet égard plus que sceptique, et notre septicisme sera sans doute partagé par nombre d'accoucheurs et de praticiens. Mais quand même on ne pourrait concevoir l'espérance de trouver dans l'espèce humaine un vaccin sûr et inoffensif contre la septicémie puerpérale, ce n'est pas une raison pour se priver des données que peut fournir l'étude de la septicémie puerpérale expérimentale. Aussi avons-nous cru devoir signaler les recherches de M. Chauveau et ne saurait-on trop encourager de semblables travaux.

Dr F. de Ranse.

P.-S. — M. Pasteur, à qui on doit la méthode de recherches dont nous venons de parler, en poursuit lui-même l'application avec une persévérance dont il doit être récompensé par les résultats remarquables qu'il obtient. La découverte du microbe qui produit le rouget du porc et l'inoculation préventive ou vaccination que l'atténuation des propriétés virulentes de ce microbe permet de pratiquer résolvent à la fois une question scientifique et une question économique d'un grand intérêt. Les nouvelles expériences du savant chimiste sur la rage présentent une importance plus grande encore, car la prophylaxie de la rage chez le chien à laquelle elles semblent devoir conduire, entraînera nécessairement la prophylaxie de cette terrible maladie chez l'homme. Il est bien à désirer que les espérances conçues par M. Pasteur à ce sujet se réalisent un jour.

F. de R.

La médication quinique et ses dangers dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Recherches sur les causes de la récente épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre.

Les lecteurs de la Gazette médicale ont été tenus au courant de la discussion engagée à l'Académie de médecine sur la fièvre typhoïde. Ils savent que M. Jeffroy et, à son exemple, M. Hérard, n'ont pas craint d'administrer à des typhoïdiques trois grammes de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures, que des malades ainsi traités ont été frappés de mort subite et que la médication a été suspectée, par M. Hardy et d'autres cliniciens, d'être pour quelque chose dans ce dénouement insolite. A vrai dire, cette question, malgré l'intérêt qui s'y attache, a été abordée sans être résolue, à l'Académie de médecine, et le praticien, hésitant entre des affirmations contradictoires, en est réduit à se demander à quelles doses il peut, en toute tranquillité, prescrire le sulfate de quinine, dont l'action antipyrétique est souvent d'un secours précieux.

Des recherches récentes de M. Laborde, que nos lecteurs trouveront relatées en détail dans le *Bulletin de la Société de Biologie*, sont venues jeter quelque lumière sur cette question toute d'actualité. Nous tenons à en faire ressortir deux points qui s'imposent à l'attention du praticien.

Le sulfate de quinine incorporé à un animal tel que le chien, le lapin, à doses modérées mais répétées, trouble le cœur, qui devient en proie à une véritable ataxie. Les contractions cardiaques, en même temps qu'elles perdent de leur énergie, s'accélèrent, se succèdent sans ordre, avec des intermittences, des arrêts passagers, et à un moment donné le cœur s'arrête sans que pour cela sa contractilité soit atteinte. Donc le sulfate de quinine *pur* peut, à certaines doses, produire l'arr

---

plus illustres facultés pendant le XIXe siècle. Durant toute la première moitié du siècle, il n'est même pas fait mention d'un enseignement qui brillait du plus vif éclat dans les pays voisins, tels que l'Autriche, l'Italie, l'Allemagne. Arrivé à la seconde moitié du siècle, il voit qu'un doyen, imposé par la main autocratique de l'empire, préoccupé sans doute du fâcheux effet que produirait la comparaison avec l'enseignement de tout autre pays civilisé, crée parmi d'autres cours complémentaires un enseignement ophtalmologique qui doit être fait dans un service de chirurgie, non par un professeur titulaire, mais par un simple agrégé qui aura bien voulu consacrer quelques loisirs à l'étude de la spécialité. Ce n'est qu'une vingtaine d'années plus tard, à peine un an avant la mort de Desmarres, que la Faculté de Paris décide enfin la création d'une chaire d'ophtalmologie qu'elle donne à un agrégé en chirurgie, de beaucoup de mérite du reste.

Mes recherches ne pouvaient naturellement pas aboutir ici, pense notre érudit, car si tel était le souci que prenait alors la Faculté de Paris pour un enseignement qui avait déjà rendu à la médecine en général, par l'invention de l'ophtalmoscope, de signalés services, Desmarres certes aurait eu tort de se plaindre qu'elle ne l'eût pas admis dans son sein. Mais son mérite n'en est que plus grand, puisqu'en debors de tout appui de l'Etat et en présence d'un esprit aussi mal disposé pour la spécialité dans les sphères officielles, Louis-Auguste Desmarres a réussi à établir un puissant enseignement universellement acclamé.

De la Faculté notre professeur se rend à la bibliothèque de l'Académie de médecine. Indubitablement, se dit-il, Desmarres se trouvera au nombre des anciens membres, et le discours qui aura été prononcé sur sa tombe, au nom de l'Académie, me fournira quelques indications précieuses touchant sa vie privée. Vainement il parcourt la longue liste des membres qui sont, à de bien rares exceptions, absolument oubliés : le nom de Desmarres ne se trouve ni parmi les immortels titulaires, ni parmi les associés, ni parmi les correspondants. Evidemment, conclut le consciencieux chercheur, l'Académie a tenu à confirmer ce que la Faculté, dans sa grande sagesse, avait pensé devoir faire. Et de fait la spécialité des yeux ost exclue de l'Académie dans la première moitié du siècle ; le premier qui force les portes de cette grande assemblée pour laquelle la consécration d'une intelligence à des études spéciales sur une branche de la médecine paraît manquer de dign

du cœur, même quand cet organe est intact dans sa structure. A plus forte raison le pourra-t-il lorsque le myocarde est altéré, envahi par la dégénérescence cireuse comme cela est fréqnent à la période terminale de la fièvre typhoïde, lorsqu'en outre les glandes rénales fonctionnent insuffisamment et qu'il y a lien de craindre les effets cumulatifs d'un médicament dont l'élimination est entravée.

Mais ce n'est pas du sulfate de quinine pur que nous livre le commerce pour les usages thérapentiques, c'est du sulfate de quinine renfermant une certaine quantité de cinchonine et souvent bien autre chose encore. La présence de la cinchonine est toléréejusqu'à concurrence de 3 à 4 0|0, et M. Laborde affirme que cette tolérance est souvent dépassée, même en ce qui concerne le sulfate de quinine employé dans les hôpitaux, et que certains pharmaciens de la ville vont jusqu'à substituer au sulfate de quinine la cinchonine, d'un prix de revient beaucoup moins élevé. Or, à la dose de 25 centigrammes, la cinchonine tue un lapin en quinze minutes, après avoir provoqué des convulsions épileptiformes. C'est un poison du cœur très énergique, moins énergique pourtant que la cinchonamine, alcaloïde découvert dans un *cuprea* et qui, à la dose de deux centigrammes, foudroie un cobaye au bout de trois minutes, sans manifestations préalables!

Conclusion pratique : chez les dothiénentériques, il est dangereux de donner le sulfate de quinine à doses brutales capables de stupéfier le cœur, c'est-à-dire à plus de deux grammes par jour, et cela est vrai surtout à une période avancée de la fièvre typhoïde, lorsque le cœur est plus ou moins atteint dans sa structure. La prudence s'impose tout particulièrement au médecin, lorsqu'il n'est pas fixé sur le degré de pureté de son sulfate de quinine.

Incidemment, nous signalerons les recherches de M. Dionis des Carrières sur les causes de la récente épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre. Ce médecin distingué a démontré d'une façon en quelque sorte palpable, que l'épidémie en question a eu pour point de départ l'infection, par des déjections typhoïdes, de la source qui alimentait en eaux potables les quartiers d'Auxerre atteints par le fléau. L'enquête à laquelle il s'est livré a presque la signification d'une expérience de laboratoire, et tranche sur les banalités qui ont été dites et redites à l'Académie de médecine sur l'étiologie de la fièvre typhoïde et sur les causes de la récente épidémie de Paris. Nos lecteurs trouveront aux comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, l'exposé des judicieuses observations du médecin d'Auxerre.

E. RICKLIN.

DERMATOLOGIE

DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE EXSUDATIF (OU MALADIE D'HÉBRA), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite et fin — Voir les numéros 41, 42 44, 45 et 49.

3o DIAGNOSTIC DE LA MALADIE D'HÉBRA, DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX, DE LA PÉLIOSE RHUMATISMALE ET DE L'URTICAIRE

J'arrive maintenant à l'examen de quelques affections qui me paraissent devoir conserver une indépendance absolue et rester complètement distinctes de la maladie d'Hébra. Et cependant, exagérant les idées du maître, quelques-uns de ses disciples ont voulu rattacher à l'érythème polymorphe l'érythème nouenx et jusqu'à l'*urticaire*.

(*a*) URTICAIRE. — Pour l'urticaire, je n'aurai besoin, pour justifier son droit à une existence à part, que de rappeler son mode d'apparition subit, bien que le plus souvent cette apparition soit liée à des troubles digestifs. De plus, l'urticaire, quoique se manifestant bien réellement par l'éruption de papules érythémateuses souvent indurées, tuberculeuses et parfois même se recouvrant de vésicules, a un caractère distinctif plus net encore. C'est que l'éruption s'accompagne toujours d'une vive cuisson. En outre, elle a le plus souvent un cortège fébrile, sa durée est, en général, très courte, et enfin les lésions du début restent les mêmes sans passer à l'état de bulles, de pustules, ni d'érythème circiné. C'est plus qu'il n'en faut pour maintenir l'urticaire dans une place à part en dermatologie, place plutôt voisine des fièvres éruptives que des autres dermatoses.

Quant à l'urticaire chronique, qui serait mieux appelée l'*urticaire à répétition*, la marche en est tellement caractéristique qu'il ne saurait y avoir confusion (1).

(1) On consultera avec fruit sur l'*urticaire* une excellente leçon de M. le docteur Vidal où l'on trouvera des notions toutes nouvelles sur l'anatomie pathologique de cette affection. (*Annales de dermatologie, 1880*).

---

est un ancien élève de l'école polytechnique qui, en se livrant de préférence à des travaux d'optique physiologique, a ainsi dépouillée aux yeux des académiciens ce que pouvait avoir pour eux d'incorrect l'exercice de la spécialité. Les autres spécialistes entrent, non comme tels, mais comme chirurgiens faisant accessoirement la spécialité et revêtus de la dignité du professorat de l'enseignement officiel.

Donc ici également, Desmarres n'avait rien à faire dans cette enceinte, pense notre professeur, car lorsque l'Académie daigna entrebâiller sa porte aux spécialistes, il n'était plus d'âge à tenter de la forcer en faisant les démarches d'usage, il devait penser à juste titre que le lustre de son nom n'avait rien à gagner s'il y ajoutait le nimbe passager du titre d'académicien.

Las de faire des recherches inutiles et se souvenant que Desmarres avait été le maître de Græfe, c'est en parcourant, se dit il, les biographies de ce grand ophtalmologiste que je trouverai certainement des indications précises sur l'activité du maître français comme professeur et sur l'originalité de son enseignement. De fait, voici ce que relate en 1877 le biographe de de Græfe, Ed. Michaelis, en citant une communication épistolaire datée de Paris, 1850, par de Græfe : « Apostat de l'école de Beer, il enlève à l'œil son ancienne réputation d'organe sacré et immaculé, pour le manier d'une façon très hardie et parfois même grossière. Il croit être le créateur de la chirurgie locale de l'œil; les cautérisations, les scarifications et les paracentèses constituent les principaux éléments de ses traitements. La doctrine des ophtalmies spécifiques est rejetée; toutes les précautions après les opérations sont regardées comme inutiles. Les pupilles artificielles, dont il fait dix à douze par semaine, sont exécutées sur les malades sans que ceux-ci soient retenus à domicile, en sorte que les opérés regagnent gaiement leur demeure après l'opération En général, les opérations se font chez lui en nombre énorme; la semaine dernière, il ne se passa pas de jour qu'il ne fît trois à quatre opérations Son procédé de déchirement centrifuge est, il est vrai, une méthode merveilleuse. Il possède une grande habileté manuelle et quelques manipulations ou opérations, telles que le renversement des paupières et le cathétérisme des points lacrymaux sont exécutés par lui avec l'habileté d'un prestidigitateur. Un jugement plus approfondi m'arrêterait trop longtemps, mais il est certain qu'on peut chez Desmarres, grâce à ses procédés, observer énormément et

(*b*) De la péliose rhumatismale et de l'érythème noueux. — Mais, pour ce qui est de l'érythème noueux et de la péliose rhumatismale, qui me paraissent ne former qu'une même entité morbide (1), la distinction d'avec la maladie d'Hébra me semble plus difficile. Aussi n'ai-je pas de peine à comprendre que MM. Besnier et Doyon (annotations à leur traduction du traité de Kaposi), cherchent, à l'encontre de Kaposi et d'Hébra lui-même, à rattacher cette forme d'érythème à l'érythème multiforme.

Par contre, Neumann, de Vienne, qui primitivement semblait incliner (Traité des maladies de la peau) vers la fusion de ces deux processus morbides, arrivait récemment, dans un excellent mémoire (2), à accuser des différences plutôt que des similitudes.

Je vais citer deux observations personnelles d'érythème noueux qui pourront nous servir à asseoir un diagnostic.

Observation XIII

Erythème noueux chez une nourrice. — Durée 6 à 7 semaines

La femme de G... M... habite, dans la commune de Durdat, un rez-de-chaussée on ne peut plus humide. Agée de 41 ans, elle nourrit en ce moment son 7e enfant qui a 5 mois et demi. Cette femme, sujette à de fréquentes palpitations cardiaques, est souvent oppressée, et présente à l'auscultation du cœur un souffle anémique. A l'auscultation des vaisseaux du cou, on entend, surtout à droite, un bruit de souffle doux, continu, avec renforcement au moment de la systole. Cette femme souffrait depuis plusieurs semaines de douleurs vagues dans les jambes, de douleurs rhumatoïdes, lorsque le 10 novembre 1880 elle vient me montrer ses jambes et ses cuisses qui sont marbrées de rougeurs sous lesquelles on sent des noyaux d'induration variant de la grosseur d'une petite noix à la grosseur d'un œuf de pigeon. Il y a un peu d'œdème au niveau des malléoles. Les membres supérieurs ne présentent aucune nodosité.

Je prescris des applications de compresses trempées dans un mélange à parties égales d'eau blanche et de baume tranquille. Je conseille de faire sur les deux jambes deux frictions journalières, de la durée d'au moins un quart d'heure, avec de la teinture de digitale associée pour un quart à du baume de Fioravanti. En même temps j'ordonne du sirop d'iodure de fer, du vin de quinquina, de la tisane de houblon.

La guérison n'était complète qu'au bout de 6 à 7 semaines.

Observation XIV

Erythème noueux à frigore, coïncidant avec un retard de l'écoulement menstruel.

La femme d'A.. Louis, âgée de 34 ans, a eu 4 enfants dont le dernier a 6 ans et 8 mois. Elle habite, dans un hameau situé à 4 kilomètres de Commentry, un rez-de-chaussée composé de trois pièces exposées à l'Est, carrelées, et un peu humides. Elle a eu ses règles le 27 février jusqu'au 1er mars, et au lieu de les voir reparaître le 27 mars (1881), comme elle s'y attendait, rien n'est venu. Ce jour-là même elle a marché les pieds nus dans les champs.

Le 4 avril, on me fait appeler ; je trouve Mme A..., au lit, avec de la fièvre (le pouls à 112, la température axillaire à 38o, 6). La malade se plaint de douleurs atroces dans les jambes. Je constate de volumineuses nodosités, surtout à la face postérieure et à la face externe des jambes ; il en existe quelques-unes sur les cuisses. Il y en a une vingtaine en tout, variant du volume d'une grosse noisette au volume d'une noix.

Je prescris une potion avec 8 grammes de salicylate de soude à prendre en deux jours, et, en applications locales, des compresses imbibées d'un mélange à parties égales d'eau de Goulard et de baume de Fioravanti.

Le 6 avril, les douleurs sont moins vives. La fièvre est tombée, le pouls bat 80. Les nodosités persistent sous des plaques d'un rouge foncé. Je donne une nouvelle potion avec 6 grammes seulement de salycilate de soude.

Le 8. — Les taches rouges sont devenues presque bleues, violacées. Les règles sont reparues la veille au soir.

Le 12, Mme A..., venait elle-même me trouver. Elle portait de vraies ecchymoses d'un jaune verdâtre à la place où siégeaient les nodosités.

Mme A... est atteinte de pharyngite granuleuse chronique, avec psoriasis lingual. Je l'ai envoyée à Vichy au mois d'août 1881.

On voit, par les deux observations que je viens de citer, que l'érythème noueux a une individualité propre. Les deux femmes dont il a été question n'ont eu en effet que de l'érythème noueux sans autre manifestation cutanée. En même temps il existait des douleurs dans les jambes qui indiquent suffisamment, surtout en tenant compte des conditions hygiéniques, la subordination de cette manifestation *sous-cutanée*

(1) Cependant, il est bon de faire observer que, sous le nom de *péliose rhumatismale ou érythème noueux rhumatismal*, MM. Duriau et Maximin Legrand ont décrit (1858), non seulement l'érythème noueux proprement dit, mais aussi d'autres formes d'érythème (spécialement l'érythème papuleux lorsqu'il coïncide avec le rhumatisme).

(2) Contribution à l'Etiologie de l'érythème noueux.

---

gagner beaucoup au point de vue pratique. On acquiert là une hardiesse pour manipuler l'œil, comme on ne peut le faire nulle part ailleurs. »

Ce jugement que lirait, non sans surprise, notre savant en 2,082, fut aussi le nôtre, lorsque, comme de Græfe, nous fûmes à même de profiter de cette merveilleuse hardiesse et de cette grande indépendance d'esprit. Aussi, pénétré du rôle important que Desmarres avait pris dans la marche des progrès de l'ophtalmologie dont l'essor s'était surtout manifesté sous la direction de de Græfe en Allemagne, j'avais traduit dans ma chirurgie oculaire ce passage en le faisant suivre de cette réflexion. « On peut se demander, si l'on considère que de Græfe voyait exécuter chez son maître de 10 à 12 iridectomies par semaine sur 30 à 40 nouveaux malades, ce qu'il pouvait lui rester à trouver en fait de nouvelles applications pour cette opération, sinon son emploi dans les affections glaucomateuses. »

En adressant à mon ancien maître un exemplaire de mon ouvrage, je me permis d'attirer son attention sur ce passage, voulant ainsi lui montrer combien j'étais convaincu de la puissante action qu'avait exercée son enseignement sur la marche de l'ophtalmologie moderne ; j'avais compté trop peu, je dois l'avouer, avec le sentiment d'appréciation personnelle de Desmarres, car voici la réponse que je reçus de lui en avril 1879 : « Je vous prie de me dire si, au fond de votre conscience, vous qui avez vu longtemps ce qui se passait chez moi, on doit dire, à propos de l'iridectomie, telle qu'on l'exécute d'après mes procédés, Desmarres et de Græfe ont fait ceci, Desmarres et de Græfe ont fait cela. En vérité, qu'a-t-il donc fait en ceci, ce pauvre et cher défunt que j'ai aimé au point de ne rien réclamer? Il a appliqué mes procédés, sans y changer un iota, à la question du glaucome. C'est beau, c'est grand ; les conséquences pour combattre la pression interne ont été considérables, mais le procédé qu'il a nommé *sien* (brochure sur le glaucome) est le mien sans changement, tel qu'il a été dessiné et publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* d'alors. De Græfe a été ici fort injuste, et, si vous vous donnez la peine de vous souvenir, vous ne direz plus ce que vous avez dit et vous y mettrez plus d'indépendance. Mais c'est un mort qui se réveille après seize ans de silence pour se recoucher aussitôt dans le néant qu'il a voulu pour lui depuis 1863. Il vous sait beaucoup de gré pour votre bon souvenir du temps de sa fiévreuse activité,

plutôt que *cutanée* à la diathèse rhumatismale. C'est pourquoi nous pensons que l'érythème noueux doit continuer à être décrit séparément et ne pas se confondre avec la maladie d'Hébra.

V Pronostic. — Traitement.

I. *Pronostic*. Quoi qu'on en ait dit, le pronostic de la maladie d'Hébra est toujours bénin. Si quelques auteurs (M. Lewin entre autres) ont pu citer des cas de mort survenue à la suite de l'apparition d'un érythème multiforme, ce n'est pas l'éruption cutanée qui doit être incriminée, mais bien une maladie intercurrente qui est venue, non pas compliquer l'érythème, mais se superposer à la maladie primitive. Ainsi j'ai vu moi-même (V. l'*observation II*) un malade présentant un érythème exsudatif mourir rapidement: mais c'est à une fièvre typhoïde des plus graves que mon malade a succombé.

En somme, l'érythème polymorphe n'a par lui-même aucune gravité.

II. *Traitement*. Aussi le traitement conseillé jusqu'ici se réduit-il à fort peu de chose. Il est plutôt palliatif que curatif. Conformément à l'opinion qui vent faire dépendre la maladie d'Hébra de la diathèse rhumatismale, M. Besnier a employé le salicylate de soude à la dose de 2 grammes par jour (V. le *journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1882, p. 108).

On pourra suivre son exemple toutes les fois surtout que l'on se trouvera en face d'une éruption existant avec des douleurs articulaires. Il sera bon en même temps de s'adresser aux toniques et aux reconstituants; car ainsi que nous l'avons vu, la maladie d'Hébra survient très fréquemment chez les convalescents, chez les enfants ou les adolescents, chez les nour rices ou chez les femmes qui présent eut des arrêts ou des troubles dans la menstruation.

Comme traitement local nous pensons qu'il importe avant tout de mettre les manifestations cutanées, dès qu'elles passent à la période d'exsudation, à l'abri des déchirures. Pour cela un pansement protecteur consistant en topiques pulvérulents, calmants ou simplements isolants, suivant les cas, suffira presque toujours, surtout si l'on a le soin d'envelopper chaque membre d'une couche de ouate.

En ce qui concerne le régime à imposer aux malades me paraît avoir peu d'importance. Disons cependant que quelques auteurs et en particulier M. E. Vidal formulent dans les cas d'érythème multiforme les mêmes proscriptions que dans les cas d'urticaire: ils interdisent les crucifères, les salaisons, les fraises, les framboises, les poissons de mer, les mollusques, les crustacés, le gibier, la viande de porc, le café, le thé, les alcoliques. Ce n'est là peut-être qu'un excès de prudence.

CONCLUSIONS

La maladie, désignée sous le nom d'*érythème polymorphe exsudatif* et que nous proposons d'appeler *maladie d'Hébra*, mérite d'occuper une place assez importante en nosologie cutanée.

Dans cette nouvelle entité morbide viennent se grouper et se confondre un certain nombre d'affections décrites souvent comme des dermatoses distinctes.

L'érythème papuleux, l'érythème vésiculeux, l'érythème bulleux, l'érythème annulaire ou circiné, l'érythème marginé gyroïde ou figuré, l'érythème ou l'herpès iris, certaines formes d'hydroa et de pemphigus, doivent perdre en effet leur individualité pathologique. Ces diverses lésions ne sont que des modalités ou des périodes différentes d'une même lésion élémentaire, l'érythème papuleux.

La maladie d'Hébra survient en général chez des personnes affaiblies soit par une maladie antérieure, soit par un état d'asthénie prolongée, soit par des troubles divers de la menstruation.

Certaines personnes sont être plus particulièrement disposées à cette affection. On l'a vue se reproduire plusieurs années de suite chez un même sujet (type annuel).

Les femmes, les enfants et les adolescents y paraissent être plus exposés que les adultes ou les vieillards.

La maladie d'Hébra semble plus fréquente vers la fin de l'hiver et dans le printemps qu'aux autres saisons.

L'influence du froid humide prolongé, l'influence d'une constitution rhumatismale ne seraient pas encore suffisamment démontrées.

L'aménorrhée, qu'elle dépende ou non de la grossesse ou de l'allaitement, la ménopause, paraissent avoir une certaine action sur le développement de cette maladie.

Lié parfois à des troubles digestifs passagers, ce processus morbide s'accompagne rarement de fièvre et quelquefois de douleurs vagues dans les membres.

La maladie d'Hébra est caractérisée par l'apparition de ta-

---

de son enthousiasme chirurgical; vous l'avez rajeuni un instant. » Ah! je dois le reconnaître, j'avais oublié cette indépendance de caractère du maître née d'injustes oppositions qui avaient développé en lui un sentiment d'amour-propre et de fierté peut-être par trop accusés, car Desmarres avait dû lutter rudement pour arriver à sa grande position.

Échappé de la maison paternelle parce qu'il ne voulait pas céder aux instances de sa famille qui désirait le voir embrasser la carrière sacerdotale, il vint à dix huit ans à Paris en 1828 et s'engagea comme scribe chez un notaire et diverses personnes marquantes, entre autres Montalivet. Pour augmenter ses faibles ressources, il occupa pendant quelque temps la place de sous-chef d'orchestre à Versailles et donna des leçons comme aquarelliste. Plus tard il fut assez heureux pour obtenir, grâce à la protection de M. de Saine, un emploi à la direction de la liste civile, poste qu'il occupa pendant quinze ans et qui lui valut jusqu'à la fin de ses jours une petite pension de 300 francs.

C'est comme employé des eaux et forêts qu'il fit la connaissance de Sichel à l'occasion de la perte d'une clef, donnant accès à un domaine royal. Nous ne reviendrons pas sur cette anecdote, rapportée dans des termes dont on peut bien se servir dans une conversation banale, mais que Desmarres aurait certainement hésité à livrer ainsi à la publicité. Car Sichel fut non seulement son maître, mais indubitablement aussi le forgeron de sa fortune. S'il avait publié lui-même le récit rapporté par M. Burq, il aurait fait preuve d'un goût fort discutable et d'une indépendance de cœur que personne ne lui eût enviés.

Desmarres ne commença qu'à l'âge de 24 ans ses études médicales. Il fut externe de Samson en 1834, et s'étant marié vers cette époque, il devint après quatre années d'études chef de clinique de Sichel en 1838. Une année après il passa ses examens de doctorat, et, tout en faisant la médecine de quartier, il resta l'assistant de Sichel pendant quatre ans. C'est en 1844 qu'il se sépara de son maître et qu'il fonda lui-même une clinique pour s'adonner entièrement à la spécialité. Trois années s'étaient à peine écoulées que déjà apparaissait son ouvrage, qui répandit partout son nom et amena à sa clinique, si riche d'enseignements, des élèves de tout l'univers. En 1863, Desmarres quitta, pour la léguer à son fils, sa clinique, à ce moment la première et la plus importante de Paris. Néanmoins son cabinet resta ouvert aux ma-

ches érythémateuses qui peuvent rester à l'état de papules mais dont quelques-unes peuvent aussi évoluer d'une façon d'ailleurs différente : soit que les papules se recouvrent de vésicules, de vésico-pustules, de pustules, de bulles ou de croûtes ; soit qu'elles s'étendent ou se groupent de manière à former des anneaux, des dessins irréguliers, de larges plaques multicolores.

Tantôt l'éruption apparaît en même temps sur les diverses régions du corps, d'autres fois et plus souvent elle se produit par poussées successives, en sorte que l'on peut à un moment donné observer chez un même sujet des lésions dermiques très variées.

Cet exanthème est presque toujours indolore. Il siège spécialement aux extrémités des membres, surtout sur la face dorsale des pieds et des mains, où il peut rester localisé. Le plus souvent les avant-bras et les mains participent à l'éruption. Il n'est pas rare de voir les taches érythémateuses s'étendre aux cuisses et aux bras et même à la face. Mais il est exceptionnel que l'éruption gagne le tronc et se généralise tout à fait.

La symétrie de l'éruption n'est pas aussi absolue qu'on l'a prétendu. Elle est au moins très imparfaite.

La durée de cette affection varie d'une semaine à un mois.

La guérison est la règle. J'ai vu la desquamation épidermique marquer sur de larges surfaces la terminaison de la maladie. Quelquefois on observe une pigmentation assez prononcée sur les régions où siégeait l'éruption.

En général très bénigne, cette affection n'aboutit guère à une terminaison fatale que lorsqu'elle vient compliquer une maladie grave par elle-même.

L'urticaire, l'érythème noueux, l'herpès zoster, le pemphigus chronique (foliacé ou à grosses bulles), telles sont les maladies qui se rapprocheraient le plus de la maladie d'Hébra, et avec lesquelles il est d'ailleurs facile de faire un diagnostic différentiel.

Par contre, les engelures, certaines formes d'acrodynie, certains panaris phlycténoïdes et même la gangrène symétrique des extrémités me semblent liés par une parenté très étroite à la maladie d'Hébra.

Le traitement général s'appuiera surtout sur les reconstituants et les toniques. Quant à la médication locale, il suffira de protéger les plaques à exsudat contre les déchirures et contre les frottements par une application de poudres émollientes ou inertes suivie d'un enveloppement.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

RECUEIL DE FAITS, par M. H. PARINAUD.

TÉTANOS CONSÉCUTIF A UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA CAVITÉ ORBITAIRE.

A l'occasion d'une intéressante observation de M Berger, qui a obtenu la guérison d'un tétanos traumatique par l'amputation du membre blessé, l'étiologie de cette affection a été récemment à la Société de chirurgie l'objet d'une discussion où l'on a de nouveau appelé l'attention sur les influences atmosphériques.

Cette étiologie est évidemment complexe, mais il serait difficile de ne voir qu'une simple coïncidence entre la recrudescence assez accusée de cette complication et la période d'humidité exceptionnellement persistante que nous traversons, jointe à l'apparition des premiers froids. Bien que le tétanos puisse se développer à la suite de toute sorte de blessures, il en est où on l'observe très rarement. Les plaies oculaires sont de ce nombre; je n'en connais pas d'exemple, et le fait suivant, par cela même qu'il est exceptionnel, semble attester l'influence d'un état climatérique particulièrement défavorable.

M. Georges B..., âgé de 5 ans, est conduit à ma clinique le 26 octobre.

Quinze jours avant, cet enfant avait fait une chute. Un morceau de bois qu'il tenait à la main pénètre, en se brisant, dans l'orbite au niveau de la glande lacrymale du côté droit. Un fragment laissé dans la plaie n'a été retiré qu'une demi-heure après l'accident. Le deuxième jour il se serait produit une hémorrhagie secondaire assez abondante qui s'est arrêtée spontanément et ne s'est pas reproduite.

Je constate l'état suivant : immédiatement au-dessus de l'extrémité externe du sourcil, une cicatrice de 5mm sans rougeur inflammatoire, sans adhérence au périoste. La paupière supérieure, un peu tuméfiée, est dépourvue de cils et présente une échancrure cicatricielle sur son bord libre au niveau du tiers externe. Des

---

lades jusqu'en 1880, quoiqu'il eût pu jouir d'un repos dignement acquis et bien mérité. C'est en 1877, cinq ans avant sa mort, qu'il ressentit les premières atteintes de l'affection cardiaque à laquelle il succomba brusquement en août 1882.

Desmarres partageait avec ceux chez lesquels la lutte pour l'existence a été longue et dure une certaine rudesse d'allures, mais celle-ci n'avait pas atteint le fond de son caractère. Personne n'était plus serviable que lui et plus dévoué à ses amis. Les obstacles qu'il avait rencontrés pour faire reconnaître officiellement ses mérites, et ses grands services scientifiques avaient développé chez lui ce sentiment de valeur personnelle que ressent aisément celui qui a dû, pas à pas et dans une lutte incessante, gagner le sommet de notre échelle professionnelle.

Ainsi soutenu par l'appréciation de son propre mérite, jouissant des avantages d'une grande position légitimement acquise et dégagé, comme il avait eu le bon esprit de le vouloir pendant les dernières années de sa vie, d'un travail par trop absorbant, Desmarres doit, en dépit des résistances rencontrées, être regardé comme un des plus heureux de notre confrérie.

Cette fière et mâle conscience de sa véritable valeur m'a souvent remis en mémoire, quand je rencontrais mon ancien maître, un mot que j'ai recueilli de la bouche de la vieille gouvernante de Schoppenhauer. Couché sur lit de mort, le célèbre philosophe s'adressa à elle en entendant sonner, pour une fête populaire, les cloches à toute volée et lui dit : « C'est ainsi qu'elles sonneront lors de la fête de mon centenaire. »

Oui, après les services rendus à la science ophtalmologique naissante, après avoir par son enseignement donné une si vive et si puissante impulsion à la marche de cette importante branche de la médecine, Louis Auguste Desmarres avait le droit d'être fier, et, sans s'inquiéter du jugement contemporain, il devait être assuré que, inscrit à jamais dans l'histoire de notre science, son nom serait vénéré après des siècles.

DE WECKER.

adhérences profondes ne permettent pas l'occlusion complète de l'œil. Dans le cul-de-sac oculo-palpébral, on trouve une bride qui relie la conjonctive bulbaire à la paupière ; en dehors de cette bride une dépression ressemblant à un orifice fistuleux d'où il ne s'échappe pas de pus, où le stylet ne pénètre pas au-delà de 1 cent. J'en retire un petit fragment de pierre et ne constate pas la présence d'autres corps étrangers.

Il existe une légère exophthalmie avec un peu de chémosis. La cornée, qui n'est pas recouverte par la paupière, porte l'empreinte d'une compression intempestive. Les mouvements du globe sont très limités, la vision paraît abolie.

Depuis six jours le malade présente de la raideur des mâchoires, et presque en même temps on remarque qu'il ouvre difficilement et incomplètement l'œil gauche sain. L'enfant ne tarde pas à être pris de crises convulsives qui, depuis deux jours, se renouvellent toutes les heures. Il en a une devant moi. Elle est caractérisée par de la raideur de tout le corps en opisthotonos avec embarras de la respiration, cyanose et écume à la bouche.

Dans l'intervalle des crises, il ne persiste qu'un peu de raideur des membres, mais le trismus ne permet aucun écartement des mâchoires. Je signale comme particularité intéressante l'occlusion spasmodique de l'œil non blessé jointe à une contracture excessive du droit externe qui tient la pupille violemment portée en dehors, même dans l'intervalle des accès.

Je prescris le chloral à fortes doses, en lavements, sous la surveillance du médecin ordinaire. Cet enfant, qui habitait la banlieue de Paris, ne s'est plus représenté à ma clinique. Il a vraisemblablement succombé.

Thrombose de l'artère centrale de la rétine suivie de ramollissement cérébral.

L'observation suivante est intéressante à plus d'un titre. Elle offre l'exemple d'une thrombose typique de l'artère centrale de la rétine, ne produisant la cécité complète que progressivement et après plusieurs jours, contrairement à ce que l'on observe dans l'embolie où la perte de la vue est presque toujours soudaine.

J'ai pu observer la malade pendant longtemps et constater que les troubles vasculaires de l'œil ont été suivis d'un ramollissement sénile du cerveau évidemment imputable à la même cause.

J'appelle encore l'attention sur l'analogie des lésions ophthalmoscopiques avec les modifications de la substance cérébrale consécutives aux oblitérations artérielles qui produisent les phases aujourd'hui bien connues du ramollissement rouge et blanc.

Enfin, cette malade a eu, entre autres symptômes cérébraux, une hallucination de la vue assez instructive.

Mme Aub..., 71 ans, est adressée à ma clinique par le docteur Andrey, le 3 avril 1879. Quatre jours avant, étant à table, elle a été prise, sans prodromes, d'un obscurcissement de la vue dans l'œil gauche, accompagné de la perception de scotomes colorés en vert et en jaune sur fond grisâtre. Ces accidents se sont développés rapidement, sans vertige, sans céphalalgie, sans aucun symptôme cérébral.

Le lendemain et les jours suivants, il se produit une amélioration assez sensible de la vision : mais, quatre jours après, les mêmes accidents se reproduisent avec plus d'intensité et sont accompagnés d'un peu de céphalalgie. C'est alors que je vis la malade. Je constatai l'état suivant :

L'acuité visuelle est considérablement affaiblie dans l'œil gauche ; les doigts sont difficilement comptés à 20 cent. Il existe un scotome central qui s'étend irrégulièrement à 15 ou 20o autour du point de fixation. Le champ visuel présente, en outre, un rétrécissement périphérique assez prononcé. La malade confond toutes les couleurs.

A part le petit volume des veines et des artères de la rétine, je ne constate rien dans le fond de l'œil.

A droite, il existe une taie centrale qui date de l'enfance et ne permet pas de s'assurer si la vision a été affaiblie du fait des accidents récents. Elle l'a été en tout cas beaucoup moins qu'à gauche ; car, malgré la présence de la taie, cet œil distingue quelques caractères du no 5 de l'échelle et reconnaît bien les couleurs.

Il n'y a pas d'altération des urines et je ne trouve à signaler dans l'état général que l'athérome des artères radiales, et un souffle systolique à la pointe du cœur. Comme symptômes cérébraux, la malade n'a présenté jusqu'ici qu'un affaiblissement assez notable de la mémoire.

Trois jours après, la malade revient et je constate que la vision est totalement perdue dans l'œil gauche, où il ne reste plus qu'une légère perception quantitative de la lumière en bas et en dehors. L'état de la vision ne s'étant pas modifié dans l'œil droit, atteint d'une taie centrale, j'en conclus que l'affection était monoculaire et je portai le diagnostic de *thrombose de l'artère centrale de la rétine*.

Les jours suivants, en effet, apparurent les signes caractéristiques des oblitérations récentes de l'artère, à savoir : l'état nuageux du fond de l'œil produit par l'œdème de la rétine, de petites apoplexies et une tache rouge sombre se détachant sur un fond blanchâtre dans la région de la macula. L'infiltration rétinienne ne tarda pas à disparaître, laissant voir une dilatation anormale des capillaires, ordinairement imperceptible, de la région de la macula. Les apoplexies furent plus longues à se résorber ; ce n'est qu'après un mois environ quelles disparurent complètement.

Le 30 juin, c'est-à-dire trois mois après le début des accidents, l'atrophie de la papille est déjà manifeste et plusieurs branches de l'artère centrale sont réduites à l'état de filament blanchâtre dans le voisinage de la papille.

Il s'agissait donc bien d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine, n'aboutissant à son oblitération et à la cécité complète qu'après une dizaine de jours et produisant, à partir de ce moment, tous les symptômes que l'on observe dans les cas assez fréquents d'obstruction du même vaisseau par embolie.

On ne saurait méconnaître, dans l'œdème de la rétine avec dilatation des capillaires et apoplexies, une étroite analogie avec le ramollissement rouge. La période d'atrophie correspond à la nécrose complète du tissu cérébral, au ramollissement blanc. Ce rapprochement, qui n'a pas été fait, mérite il me semble, d'être signalé.

La thrombose de l'artère centrale de la rétine a été suivie, à courte échéance, d'accidents cérébraux qui ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un processus analogue dans les artères du cerveau. L'affaiblissement de la mémoire fait des progrès au point qu'à certains moments la malade ne peut dire ni son âge, ni le nom de sa mère. Le 2 mai il se produit de l'aphasie véritable. Pendant deux heures, la malade est dans l'impossibilité de parler : elle a toute sa connaissance, mais elle ne peut exprimer sa pensée, elle cherche inutilement les mots et si elle les commence, elle ne les achève pas. Cette aphasie passagère s'est reproduite à plusieurs reprises.

Dans les premiers jours de mars 1880, elle éprouve une hallucination singulière. En plein jour elle voit dans l'encadrement de sa fenêtre une branche de lilas. Elle croit, dit-elle, que quelqu'un veut lui faire une surprise ; elle va regarder dans la rue mais elle ne trouve personne et l'hallucination disparaît. La malade se rendit compte immédiatement de son erreur et l'attribua à son état pathologique. L'hallucination s'était donc produite sans aberration de la conscience. Une autre particularité digne d'intérêt, c'est que cette branche de lilas n'était ornée ni de fleurs, ni de feuilles complètement développées, mais de simples bourgeons entr'ouverts. Or, l'on était précisément à l'époque où les lilas commençaient à

bourgeonner. Sans aucun doute l'hallucination était en rapport avec une perception antérieure, avec une image cérébrale reçue les jours précédents et s'extériorisant sous l'influence des troubles vasculaires de certaines régions de l'encéphale.

A aucun moment je n'ai constaté de trouble de la sensibilité ni de paralysie localisée. Il y a seulement un affaiblissement général du système vasculaire. La malade tombe facilement, sa démarche est incertaine et elle n'exécute tous ses mouvements qu'avec hésitation.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

2o DE L'ENCEPHALOPATHIE SATURNINE, par le docteur ULLRICH.

L'auteur publie un cas intéressant de paralysie générale chez un saturnin. Bien que ce cas présente quelques analogies avec les faits d'encéphalopathie saturnine, que j'ai étudiés et désignés sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine, le docteur Ullrich, après avoir longuement discuté les conclusions de mon article, écarte le diagnostic de pseudo-paralysie générale saturnine et fait de son cas un exemple de paralysie générale d'origine saturnine, légèrement modifiée par la [présence du plomb et l'état de cachexie fort avancée dans lequel se trouvait le malade. Il se fonde sur les résultats de l'autopsie, qui fit découvrir une hydrocéphalie interne légère, une atrophie du lobe frontal, une diminution de l'épaisseur des circonvolutions, de l'œdème de la pie-mère, de la méningite arachnoïdienne et des granulations de l'épendyme.

Comme le fait très justement remarquer le docteur Rueff, dans le compte-rendu qu'il vient de donner de cet article dans l'*Encéphale*, rien ne prouve qu'il ne s'agisse pas ici d'un cas de paralysie générale ayant évolué pendant le cours d'une cachexie saturnine.

En effet, je n'ai point affirmé, pour ma part, que les saturnins fussent à l'abri des atteintes de la paralysie générale. Pourquoi le seraient-ils ? J'ai dit que le plomb pouvait produire une variété d'encéphalopathie ressemblant parfois trait pour trait à la paralysie générale ; mais qu'il ne s'agissait là que d'une pseudo-paralysie générale, ayant des caractères et surtout une marche et une terminaison bien différentes de la paralysie générale ordinaire.

Mais une véritable paralysie générale peut survenir chez un saturnin, en dehors de l'action toxique du plomb, et alors elle évolue comme toute paralysie générale vers la mort. Ces cas là doivent être soigneusement reconnus, car ils n'ont rien de commun avec le saturnisme, et on est mal fondé à les mettre sur le compte du plomb, à en faire des cas de paralysie générale d'origine saturnine. N'est-ce point, comme le suppose M. Rueff, ce qu'a fait l'auteur allemand ? Au reste, le diagnostic est possible, entre une paralysie générale vraie, développée chez un saturnin, en dehors de toute influence plombique, et la pseudo-paralysie générale saturnine. Lorsqu'une paralysie générale vraie s'est développée chez un individu en puissance de plomb, disais-je dans l'article visé par le docteur Ullrich, les deux ordres de symptômes ont une marche absolument indépendante ; les phénomènes de la paralysie générale, suivant leur évolution naturelle, s'accroissent et s'aggravent de plus en plus, tandis que les stigmates de l'empoisonnement suivent également leur évolution naturelle, s'effacent et disparaissent à mesure que l'agent toxique s'élimine par les voies naturelles d'excrétion. Dans la pseudo-paralysie générale saturnine, au contraire, les deux ordres de symptômes sont connexes, puisqu'ils dépendent de la même cause, l'action du plomb ; aussi suivent-ils une marche parallèle ; à mesure que les signes de l'empoisonnement diminuent, les signes de la paralysie générale diminuent d'autant, et lorsque les uns ont disparu, il ne reste également plus rien des autres. (JOURNAL DE PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET DE MÉDECINE LÉGALE DE KRAFFT-EBING.)

3o UN CAS DE FOLIE CIRCULAIRE, par A. SCHAFER.

Les observations sphygmographiques qu'il a faites chez son malade amènent l'auteur à penser que le stade mélancolique de la folie circulaire est dû à la contraction énergique des artères cérébrales, d'où anémie du cerveau, tandis que le stade maniaque au contraire a pour condition l'hyperémie cérébrale, conséquence d'une paralysie vaso-motrice et, partant, d'une dilatation des artères. En déterminant un plus grand afflux de sang vers les centres vaso-moteurs, la manie augmente leur excitabilité, et, en tant que la contraction des artères en résulte forcément, elle est la cause de la mélancolie qui lui succède périodiquement. Les deux états de manie et de mélancolie s'engendrent ainsi l'un l'autre. (NEUROLOGISCHES CENTRAL-BLATT, 1882, nos 8, 11.)

4o SUR L'INFLUENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ALIÉNÉS, par le docteur CAMPBELL.

Une épidémie de fièvre typhoïde à l'asile départemental de Durham a fourni l'occasion au docteur Campbell d'étudier l'influence de cette maladie sur les affections mentales. Sur vingt-deux cas, dont sept graves, neuf de gravité moyenne et cinq légers, il n'y a eu qu'une mort. L'état mental de plusieurs malades a été modifié d'une manière très heureuse, et dix d'entre elles ont été renvoyées guéries depuis.

Si l'on peut juger, dit M. Campbell, d'après un nombre de cas si limité, la fièvre typhoïde aurait une influence favorable sur l'esprit des aliénés.

Je rappellerai que l'opinion du docteur Campbell au sujet de l'influence heureuse de la fièvre typhoïde sur la folie n'est pas nouvelle et qu'ici même j'ai déjà eu l'occasion d'analyser une thèse dans laquelle cette opinion se trouvait soutenue. Je répète aujourd'hui ce que je disais alors, à savoir que la fièvre typhoïde peut bien juger sous forme de crise un accès aigu d'aliénation mentale, mais qu'elle me paraît impuissante à modifier d'une façon heureuse un delire tendant à la chronicité. Dans ce cas, elle aurait plutôt un effet funeste que salutaire. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la fièvre typhoïde est par excellence une maladie qui déprime l'intelligence, la rend obtuse, quelquefois pour longtemps, et qui, en somme, abaisse presque toujours le niveau de l'intelligence qu'elle a frappée. (THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 1882.)

5o LA FOLIE A DOUBLE FORME OU ALTERNANTE, par le docteur ACH. FOVILLE.

Lors du récent Congrès médical de Londres, la question de la folie à double forme est une de celles dont l'étude devait être abordée. Le Congrès s'étant terminé sans qu'on ait rempli le programme sur ce point, nos confrères d'Angleterre chargèrent M. le docteur Foville, inspecteur général du service des aliénés en France, de combler cette lacune, et c'est pour satisfaire à ce désir des aliénistes d'Outre-Manche, que M. Fo-

ville vient de publier un excellent article sur la folie à double forme dans le JOURNAL BRAIN. Nul n'était à même de traiter la question mieux que M. Foville qui a déjà fait sur la maladie un remarquable article dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. L'auteur a exposé là les mêmes vues et les mêmes idées, en mentionnant et disentant au besoin les récents travaux publiés sur le sujet. (BRAIN, 8 octobre 1882).

Dr E. RÉGIS.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

TRAVAUX DES SECTIONS

3e section (Présidence de MM. DENIS-MONNIER, EMILE ADOR et EMILE REVERDIN.

Suite. — Voir les numéros 38, 39, 40, 41, 42, 44 48 et 49.

La question des vidanges et des égouts a absorbé à elle seule près de trois séances de cette section; et par son importance elle mérite d'être traitée à part dans ce journal. Aussi ne donnerons-nous aujourd'hui que quelques indications sommaires sur les communications qui ont été faites à ce sujet.

M. DURAND-CLAYE, de Paris, a exposé tout d'abord avec une grande verve les avantages de son système de *tout à l'égout*, tel qu'il est adopté dans bon nombre de villes et qu'il a commencé depuis déjà plusieurs années d'organiser à Paris. Pour cela, il faut de l'eau en abondance dans chaque maison, et c'est ce qui manquerait le plus à Paris. Dans la seconde partie de sa démonstration si attachante, M. Durand-Claye décrit le mode d'utilisation des eaux d'égout comme on le pratique à Gennevillers.

M. le professeur BROUARDEL prend la parole pour critiquer dans quelques détails l'exécution du système préconisé par M. Durand-Claye. Dans tels points de Paris, où cependant les principes de *tout à l'égout* sont appliqués, on trouve des résidus en masse, séjournant des années entières dans un même conduit. Tout n'est donc pas pour le mieux avec ce systéme; et, spécialement au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde, il serait désirable que l'on adoptât pour les vidanges des matières fécales des conduits spéciaux fonctionnant par aspiration et fermés.

M. EMILE TRÉLAT réclame de la patience aux hygiénistes. Les ingénieurs font de leur mieux, mais ils ne peuvent tout parfaire du premier coup.

M. le docteur J. TEISSIER, de Lyon, relate des expériences faites avec M. Arloing sur des cobayes et des lapins, desquelles il résulte que l'inoculation de l'eau d'égout même limpide et inodore contient des germes infectieux inoculables.

M. le docteur E. VIDAL, de Paris, signale le danger des gaz d'égout quand ils pénètrent dans les maisons et meme quand ils arrivent dans les rues par les regards. Les égouts de Paris représentent 800 kilomètres, dont 120 sont défectueux. Le système du *tout à l'égout* n'existe encore à Paris que dans une étendue minime; il y a encore 24,000 fosses et on n'a construit encore que 14 à 15,000 tuyaux de chute. Il signale comme particulièrement dangereux les *branchements à angles droits* à large section qui ont été flétris par les hygiénistes sous le nom d'égouts à dépôts. Il s'y forme un remous provenant du grand égout quand les eaux sont hautes et un foyer de putréfaction quand les eaux baissent.

Pour M. Vidal, le dernier mot de la science paraît être le système de canalisation parfaitement étanche, à petites sections, dans lesquelles les vidanges séparées des eaux d'irrigation circulent par aspiration et peuvent être utilisées pour l'agriculture. C'est ce système qui est employé en Hollande sous le nom de système Liernur et expérimenté à Paris avec succès dans une grande caserne sous le nom de système Berlier.

M. PACCHIOTTI, de Turin, désirerait que la discussion ne restât pas circonscrite à la canalisation souterraine de telle ou telle ville, mais que l'on s'attachât à fixer des principes généraux applicables partout.

M. DUVERDY, de Paris, a critiqué, de sa parole facile, les conséquences sinon actuelles, du moins prochaines des irrigations par les eaux d'égout, ainsi qu'on les pratique à Gennevilliers et à côté de Berlin.

M. le docteur VARRENTRAPP, de Francfort, vient appuyer de sa haute compétence le système *du tout à l'égout* que l'on voit fonctionner à Francfort, à Berlin, à Hambourg, à Dantzig. Cette communication des plus importantes démontre au point de vue de l'hygiène et à l'aide de chiffres statistiques sérieux les bienfaits sanitaires de ce système.

M. SMITH, de Londres, tout en se rangeant à l'opinion de M. Varrentrapp, insiste sur l'importance de la ventilation dans les égouts.

M. le docteur VAN OVERBECK DE MEYER, d'Utrecht, préconise le système Liernur installé à Amsterdam, où l'on en est très satisfait.

M. le docteur SOYKA, de Munich, expose les considérations qui l'ont amené à formuler (dans son rapport fait à la neuvième réunion des hygiénistes allemands) des conclusions affirmant que la propagation des maladies épidémiques se fait d'une façon entièrement indépendante des gaz d'égout.

Puis, voici M. le professeur LAYET, de Bordeaux, qui insiste à son tour sur l'importance de la ventilation et de l'abondance de l'eau.

M. le docteur LOISEAU, de Paris, M. AMNUDRUZ, M. BOURRIT et M. JULLIARD, de Genève, qui se rallient au système du tout à l'égout.

M. le docteur VILLIÈME, de Mons, préfère le système Liernur.

M. le docteur HENROT, de Reims, préfèrerait que l'on pût se passer d'égouts; si beaux soient-ils, ils n'en sont pas moins des foyers d'infection.

M. le docteur COVERNTON, d'Ontario, lit un travail sur les égouts au Canada, où l'Etat nomme *des inspecteurs* des égouts.

Enfin, M. le docteur HAUSER, de Séville, a étudié la distribution de la morbidité et de la mortalité dans la ville de Séville, et démontre la salubrité relative des quartiers munis d'égouts.

— M. le professeur COLLADON, de Genève, a exposé, dans un mémoire très sérieux, *les procédés d'assainissement des tunnels à grande étendue et à ciel fermé*, pendant leur période d'exécution.

— M. le docteur FABRE (de Commentry), fait une communication sur le *rôle des ankylostomes dans la pathologie des mineurs.*

Les ankylostomes n'ont pas été les seuls agents de l'épidémie qui a sévi sur les ouvriers occupés au percement du tunnel du Saint-Gothard.

Une alimentation parfois insuffisante et presque toujours de mauvaise qualité, des fatigues musculaires excessives, une température généralement très élevée, en même temps que l'air du tunnel était saturé d'humidité; enfin, la respiration des gaz provenant soit de l'explosion de la poudre et de la dynamite, soit de la combustion des lampes, soit encore de la respiration des ouvriers: toutes ces conditions fâcheuses, quoique inséparables d'une œuvre aussi difficile que celle du percement du Gothard, auraient évidemment suffi à produire l'anémie; et, par conséquent, elles ont dû contribuer à faciliter les ravages des ankylostomes.

L'ankylostomiase étant endémique dans une grande partie de l'Italie septentrionale, il était tout naturel que les ouvriers du Go-

thard, qui se recrutaient principalement dans cette région, présentassent des ankylostomes.

Les mineurs de tout genre, y compris les houilleurs, peuvent être atteints d'ankylostomiase aussi bien que les ouvriers des autres professions.

Mais si certaines conditions d'exploitation, plus ou moins analogues à celles du Gothard, peuvent favoriser la propagation des ankylostomes, les travaux des mines ne sauraient faire naître l'ankylostomiase de toutes pièces. Car, pour que les ankylostomes se multiplient et fassent des ravages dans une population de mineurs il faut que des germes y aient été apportés. Il n'a pas encore été trouvé d'ankylostomes chez les houilleurs de Commentry.

— M. le professeur ROLLET, de Lyon, lit un intéressant mémoire relatif à *l'influence des filtres naturels sur les qualités des eaux potables*. Il voudrait que l'on amenât à Lyon les eaux des vallées de l'Ain qui sont très pures et à température constante.

M. DURAND CLAYE et M. HERSCHER, de Paris, appuient les conclusions du mémoire de M. Rollet.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — SUR LE ROUGET, OU MAL DES PORCS. Extrait d'une lettre de M. PASTEUR à M. Dumas.

« Bollène (Vaucluse), ce 2 décembre 1882.

» En mon nom et au nom de l'un de mes collaborateurs, M. Thuillier, qui m'a accompagné à Bollène, j'ai l'honneur de vous communiquer brièvement quelques résultats nouveaux concernant une désastreuse maladie des porcs.

» On évalue à plus de 20,000 le nombre des animaux morts, cette année, du mal rouge dans les porcheries des départements de la vallée du Rhône.

» Nos recherches se résument dans les propositions suivantes :

» I. Le mal rouge des porcs est produit par un microbe spécial, facilement cultivable en dehors du corps des animaux. Il est si ténu qu'il peut échapper à une observation même très attentive. C'est du microbe du choléra des poules qu'il se rapproche le plus. Sa forme est encore celle d'un 8 de chiffre, mais plus fin, moins visible que celui du choléra. Il diffère essentiellement de ce dernier par ses propriétés physiologiques. Sans action sur les poules, il tue les lapins et les moutons.

» II. Inoculé à l'état de pureté au porc, à des doses pour ainsi dire inappréciables, il amène promptement la maladie et la mort avec leurs caractères habituels dans les cas *spontanés*. Il est surtout mortel pour la race blanche, dite perfectionnée, la plus recherchée par les cultivateurs.

» III. Le docteur Klein a publié à Londres, en 1878, un travail étendu sur le rouget, qu'il appelle *pneumo-entérite du porc;* mais cet auteur s'est entièrement trompé sur la nature et les propriétés du parasite. Il a décrit comme microbe du mal rouge un bacille à spores, plus volumineux même que la bactéridie du charbon. Très différent du vrai microbe du rouget, le bacille du docteur Klein n'a, en outre, aucune relation avec l'étiologie de cette maladie.

» IV. Après nous être assurés par des épreuves directes que la maladie ne récidive pas, nous avons réussi à l'inoculer sous une forme bénigne, et l'animal s'est montré alors réfractaire à la maladie mortelle.

» V. Quoique nous jugions que des expériences nouvelles et de contrôle soient encore nécessaires, nous avons, dès à présent, la confiance que, à dater du printemps prochain, la vaccination par le microbe virulent du rouget atténué, deviendra la sauvegarde des porcheries.

» M. A. Loir, aide-préparateur au laboratoire que je dirige, nous a assistés dans nos expériences; mais ce qui nous a été particulièrement précieux, c'est l'obligeance de M. Maucuer, vétérinaire distingué de Bollène, qui s'est mis à notre disposition avec un zèle sans bornes, dont je suis heureux de le remercier publiquement. M. Maucuer est la première personne qui, dès l'année 1877, a appelé mon attention sur le mal rouge des porcs, en insistant sur le danger d'une affection capable de tarir une des dernières ressources de l'agriculture dans le département où il exerce l'art vétérinaire. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 décembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance comprend : 1. Une note manuscrite sur un cas de dystocie tératologique, par M. le docteur Verrier; 2. Un rapport de M. le docteur Mabloux sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne.

— M. Gosselin présente, au nom de M le docteur Goldenstein, chirurgien dentiste à Paris, une observation très intéressante de restauration du maxillaire supérieur, de la levre et du nez chez une femme de 26 ans.

Les professeurs Richet, Brouardel, A. Fournier, ainsi que les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. Guibout, Vidal et Besnier, ont constaté *de visu* le succès de l'opération.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La commission propose : En première ligne, *ex æquo*, MM. Bouchardat et Javal; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Hardy et Henninger; — en troisième ligne, M. Onimus.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42, M. Bouchardat obtient 59 suffrages, M. Javal 14, M. Onimus 6, M. Hardy 4.

En conséquence, M. Bouchardat ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

— M. BOULEY communique, au nom de M. Pasteur, les résultats d'expériences pratiquées dans son laboratoire, relatives à l'inoculation du microbe du *rouget* ou *mal rouge* du porc.

Quatre porcs ont été inoculés, dans le laboratoire de M. Pasteur, avec le microbe atténué par la culture et ces porcs, transportés dans le Vaucluse, en pleine épidémie de cette maladie contagieuse, se sont montrés réfractaires à tous les modes de contagion par cohabitation, infection, inoculation du virus non atténué, tandis que des porcs de la même portée, et non vaccinés, ont succombé à l'inoculation de ce même virus.

C'est là, dit M. Bouley, une découverte de premier ordre, qui fait le pendant de la découverte du vaccin de la maladie charbonneuse. M. Bouley communique, en outre, de la part de M. Pasteur, les résultats de ses nombreuses recherches sur la rage. Voici les conclusions de ce travail.

1. La rage mue et la rage furieuse, plus généralement toutes les sortes de rage, procèdent du même virus ;

2. Rien n'est plus varié que les symptômes rabiques ; chaque cas de rage a, pour ainsi dire, les siens propres, et il y a tout lieu d'admettre que leurs caractères dépendent de la nature des points du système nerveux, encéphale et moelle épinière, où le virus se localise et se cultive.

3. Dans la salive rabique, le virus se trouvant associé à des microbes divers, l'inoculation de cette salive peut donner lieu à trois genres de mort: par le microbe de la salive, par des développements exagérés de pus, par la rage.

4. Le bulbe rachidien d'une personne morte de rage, comme

celui d'un animal quelconque également mort de rage, est toujours virulent.

5. Le virus rabique se rencontre non seulement dans le bulbe rachidien, mais, en outre, dans tout ou partie de l'encéphale. On le trouve également localisé dans la moelle et souvent dans toutes les parties de la moelle.

Tant que les matières de l'encéphale ou de la moelle ne sont pas envahies par la putréfaction, la virulence y persiste.

6. Pour développer la rage rapidement et à coup sûr, il faut recourir à l'inoculation, à la surface du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, à l'aide de la trépanation. On réalise également la suppression d'une longue durée dans l'incubation et l'apparition certaine du mal, par l'inoculation du virus pur dans le système circulatoire sanguin.

Par l'emploi de cette méthode, si favorable à l'étude expérimentale de la maladie, la rage se déclare au bout de six, huit ou dix jours.

7. M. Pasteur et ses collaborateurs ont rencontré des cas de guérison spontanée de rage, après que les premiers symptômes rabiques seuls s'étaient développés, jamais après que les symptômes aigus avaient apparu.

Ils ont rencontré également des cas de disparition des premiers symptômes, avec reprise du mal après un long intervalle de temps (deux mois); dans ces circonstances, les symptômes aigus ont été suivis de mort, comme dans les cas habituels.

8. Dans une de leurs expériences sur trois chiens, inoculés en 1881, dont deux avaient pris rapidement la rage et en étaient morts, le troisième, après avoir manifesté les premiers symptômes, s'est guéri.

Ce dernier chien, réinoculé en 1882, à deux reprises, par trépanation, n'a pu devenir enragé.

En conséquence, la rage, quoiqu'elle ait été bénigne dans ses symptômes, n'a pas récidivé.

Voilà un premier pas dans la découverte de la préservation de la rage.

9. M. Pasteur possède actuellement quatre chiens qui ne peuvent prendre la rage, quel que soit le mode d'inoculation et l'intensité de la virulence de la matière rabique.

Les chiens témoins, inoculés en même temps, prennent tous la rage et en meurent.

L'homme ne contractant jamais la rage qu'à la suite d'une morsure par un animal enragé, il suffirait de trouver une méthode propre à s'opposer à la rage du chien pour préserver l'humanité du terrible fléau. Ce but est encore éloigné, mais, en présence des faits qui précèdent, n'est-il pas permis d'espérer que les efforts de la science actuelle l'atteindront un jour ?

— M. le docteur Bitot, professeur d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, candidat au titre de membre correspondant, lit, à l'appui de sa candidature, un travail intitulé : *Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole*. Voici les conclusions de ce travail :

1o. Les lésions du sommet des faisceaux pédiculaires de l'extrémité antérieure de l'*insula* et de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante se manifestent comme celles du sommet du faisceau pédiculaire de la troisième frontale, mais avec des phénomènes paralytiques plus accentués et plus nombreux;

2o L'aphasie extemporanée, sans paralysie ou avec paralysie éphémère, coïncide avec la destruction de l'une des portions cérébrales qui avoisinent la partie antérieure des irradiations capsulaires extra nucléaires, ou, ce qui revient au même, avec la partie la plus avancée (2 centimètres environ) du bord externe du ventricule latéral;

3. L'aphasie extemporanée, sans paralysie permanente de la face et des membres, correspond à la destruction de l'une des parties cérébrales qui avoisinent la partie postérieure des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires, c'est-à-dire au troisième centimètre du bord externe du ventricule latéral;

4. L'aphasie permanente, sans paralysie ou avec paralysie momentanée, trahit la destruction des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires à leur partie antérieure;

5. L'aphasie momentanée sans paralysie permanente est due à la destruction de la partie postérieure des irradiations frontales extra-nucléaires, coïncidant avec celle de la partie inférieure des circonvolutions cérébrales et de la partie complémentaire de la marginale sylvienne. (Comm. MM. Vulpian et Mathias Duval, rapporteur.)

— M. le docteur Mascarel (de Châtellerault) lit une *note sur l'allaitement artificiel en Poitou*.

L'auteur expose que, par suite des maladies constitutionnelles, et surtout de la syphilis, qui étend de plus en plus ses ravages, les bonnes nourrices deviennent de plus en plus rares. On est bien forcé de recourir à l'allaitement artificiel.

Le lait de chèvre étendu le premier mois des trois cinquièmes d'eau à peine sucré, de moitié seulement le mois suivant, puis d'une quantité de moins en moins grande jusqu'au cinquième où on le donne pur, réus it très bien dans le Poitou. Quant au lait de vache, on le coupe aussi aux trois cinquièmes, puis au cinq neuvièmes au second, puis à parties égales au troisième mois. (Comm. MM. de Villiers et Guéniot.)

M Tillaux présente un jeune homme sur lequel il a pratiqué l'ablation du corps thyroïde pour une tumeur de cet organe et qui a parfaitement guéri.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

M. Le Fort dépose sur le bureau une note de M. Follet sur une modification de l'opération ostéoplastique du pied de M. Le Fort; cette modification consiste dans l'emploi d'une suture pour maintenir en rapport les parties osseuses.

M. Verneuil dépose sur le bureau : 1. *Un traité des opérations usuelles*, par M. L. Thomas, de Tours;

2. Une observation du docteur Léger (d'Amiens), intitulée : ostéo-sarcome du fémur, désarticulation de la hanche, hémorrhagie secondaire, guérison.

— M. Polaillon lit un rapport sur un cas d'anévrysme artério-veineux, devenu artériel, observation de M. Grippal. Il s'agit d'un homme de 56 ans qui, à l'âge de 11 ans, s'était fait accidentellement, avec un canif, une plaie profonde à la partie interne du bras; cette plaie guérit très bien, mais, peu de temps après, il survint en ce point une petite tumeur qui persista pendant 42 ans sans augmenter de volume et sans causer de gêne au malade. Il y a 3 ans, il survint de la gangrène des doigts de la main, occasionnée par des embolies parties de la tumeur. A partir de ce moment, celle-ci augmenta beaucoup de volume et l'on dut intervenir. Il existait alors un œdème considérable du bras et de l'avant-bras; la tumeur, très volumineuse, est le siège de battements expansifs, de thrill et d'un souffle très intense. Le pouls est insensible au poignet; mais, par contre, il existe des battements énormes au niveau de l'artère sous-clavière. On pratiqua l'amputation du bras au-dessous des tubérosités de l'humerus; guérison.

Examen du bras : La tumeur est mal limitée à la partie supérieure, et ses parois sont formées par le biceps; à la partie inférieure, la poche est plus consistante et renforcée par le tendon du biceps; c'est en ce point qu'existe la communication entre l'anévrysme diffus et l'anévrysme circonscrit primitif; ce dernier a le volume d'un œuf de poule. La veine humérale est oblitérée, jusqu'à la partie supérieure du bras, par des tractus; le sac est rempli

de caillots fibrineux et de caillots cruoriques ; ceux-ci sont à la partie supérieure du sac. En résumé, il s'agissait là d'un anévrysme veineux, devenu artériel, qui s'est rompu et a donné lieu à un anévrysme diffus. C'est un exemple de guérison spontanée d'un anévrysme artério-veineux par oblitération.

A ce propos, M. Polaillon rappelle un cas de sa pratique, dans lequel la poche artério-veineuse fut traitée par l'électro-puncture. Ce traitement, pratiqué avec M. Dujardin-Beaumetz, consista en 4 séances d'électro-puncture, à quelques jours d'intervalle, et donna un excellent résultat.

— M. Berger prend la parole au sujet de la discussion sur la névrotomie et l'élongation des nerfs. — J'ai fait, dit-il, quelques expériences sur l'arrachement des branches de la cinquième paire, et j'ai toujours observé que l'arrachement se limitait à 1 ou 1.1/2 centimètre au delà du point sur lequel se faisait la traction, cela surtout pour le nerf sous-orbitaire. Jamais je n'ai pu arracher la totalité de ce nerf jusqu'au point d'émergence du tronc nerveux dont il émane ; il en est de même pour le frontal externe.

Je dirai, en outre, qu'il ne faut recourir à cette opération que lorsque l'on aura eu recours à l'emploi de l'électricité. En effet, j'ai vu un cas de névralgie trifaciale datant de plus de 10 ans et qui a été guérie dans l'espace de trois mois par les courants continus associés au courants interrompus.

M. Monod, en voulant pratiquer l'élongation, a arraché le nerf, mais celui-ci n'est venu que sur une très petite étendue, et la malade a vu revenir sa névralgie dans un espace de temps très court ; tandis que, dans un autre cas, où il a pratiqué l'élongation pure, le malade a parfaitement guéri.

M. Pozzi. Les expériences de M. Berger sont confirmatives de celles de Frombetta. La petite étendue du nerf arrachée prouve que l'on agit seulement sur une portion très restreinte du nerf, soit par l'élongation, soit par l'arrachement ; aussi je crois que la névrotomie est préférable à ces deux opérations, d'autant plus que c'est une opération bénigne et qui a une plus grande efficacité.

M. Marchand a pratiqué dans un cas l'excision du nerf sous-orbitaire sans que cela ait en rien modifié la névralgie.

M. Tillaux fait remarquer qu'il existe divers procédés pour faire la section du nerf sous-orbitaire, mais qu'il ne faut pas néanmoins établir de parallèle entre ces procédés ; ils répondent chacun à des indications différentes. En effet, par le procédé sous-orbitaire, on ne sectionne que la terminaison du nerf, aussi ce procédé ne peut-il donner de résultat que dans les névralgies dont le siège est superficiel. Tandis que le procédé de Carlagan, qui attaque le nerf jusque dans la fente sphéno-maxillaire, et qui permet d'aller jusqu'au ganglion de Meckel, peut être employé pour les névralgies, dont le siège est plus profond.

M. Tillaux rappelle, en outre, qu'il a fait à un malade la résection du nerf maxillaire supérieur pour une névralgie rebelle. Cette opération a été pratiquée il y a cinq ans, et, depuis cette époque, il n'y a pas eu de récidive.

M. Verneuil pense, comme M. Berger, qu'il faut essayer de tous les moyens avant de recourir à l'opération. Il lui est arrivé dans un cas de faire la résection du sciatique, du saphène, et enfin l'amputation de la jambe sans obtenir de guérison, tandis que chez cette malade, après quelques semaines de traitement par l'hyoscyamine, il obtint la guérison.

L'élongation et l'arrachement sont des opérations moins réglées que la simple résection. Du reste, il y a des cas où chacune de ces méthodes a amené la guérison, comme dans d'autres aucune n'a réussi. La règle n'est pas dans le procédé opératoire et il y a des cas où, pour obtenir la guérison, il faudrait, si cela était possible, l'ablation totale du nerf. En outre, l'arrachement est une opération dangereuse.

M. Nicaise : A propos du retour des névralgies après les opérations, je citerai un cas. Il s'agit d'un malade qui avait une tumeur blanche du genou, et qui en outre avait une névralgie très intense du sciatique. Je lui fis l'amputation de la cuisse et je réséquai une grande portion du sciatique ; un mois après la névralgie reparaissait et après plusieurs traitements elle ne céda qu'à l'emploi du bromure de potassium à haute dose.

Il existe une variété de névralgies chez les malades qui ont de l'épilepsie à l'état latent. Le cas suivant, observé par M. Gignoux, de Lyon, en est un exemple. Il s'agit d'un malade de 42 ans atteint d'une névralgie du nerf dentaire inférieur droit et qui résista à tous les traitements. M. Bouchard, consulté, fit le diagnostic d'épilepsie d'après deux symptômes. Ce malade avait eu un coma subit qui avait duré plusieurs heures, et une autre fois il eut une syncope prolongée à la suite du pansement d'un vésicatoire par la morphine. D'après ces deux signes, M. Bouchard diagnostiqua l'épilepsie et conseilla de ne faire aucune opération ; néanmoins le malade souffrait tellement qu'il insista pour être opéré ; et M. Delore, de Lyon, lui réséqua une partie du nerf dentaire. Le malade mourut subitement dans la nuit qui suivit l'opération.

M. Le Fort : Lorsqu'une névrite existe sur le trajet d'un nerf, le malade rapporte la sensation douloureuse à la périphérie, mais cela n'est pas une raison pour croire que la névralgie n'a pas une origine centrale. C'est pour cela que souvent l'opération reste sans succès. Aussi je crois que souvent l'élongation est préférable aux autres opérations, parce que dans celle-là il semble qu'il se fait un travail, non pas seulement à l'endroit où le nerf a été allongé, mais encore passablement au-delà. Aussi je serai toujours tenté de commencer par pratiquer l'élongation pour arriver ensuite à la résection, si cela est nécessaire.

M. Pozzi : La névrotomie est, à mon avis, préférable à l'élongation pour le nerf sous-orbitaire, et le nombre des succès est suffisant pour encourager cette opération. Les récidives se sont aussi produites dans les cas de névrotomie, mais elles se sont montrées au bout de plusieurs années, ce qui est bien à considérer.

M. Desprès : J'ai vu bien des malades atteints de névralgies, mais jamais je n'en ai rencontré qui aient présenté l'indication de la névrotomie. J'ai soulagé mes malades soit avec des pointes de feu, soit par l'application de collodion.

M. Tillaux : Ce qu'il importe surtout de savoir, ce sont les indications de l'opération, et je crois que celle-ci est indiquée toutes les fois que la névralgie, ayant résisté aux traitements ordinaires, persiste toujours sur le trajet du même nerf.

— La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. La commission présente en première ligne, *ex æquo*, MM. Blum et Richelot ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bouilly, Humbert et Reclus ; et en troisième ligne, M. Schwartz.

Après trois tours de scrutin, M. Richelot est élu membre titulaire de la Société.

Dr Henri Bastard.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'action anesthésique et diurétique de l'extrait de stigmates de maïs. — L'action anesthésique et diurétique des stigmates de maïs a été signalée en 1879. Mais en comparant les résultats que j'ai obtenus avec ceux qui ont été indiqués depuis cette époque, il ne me semble pas qu'on ait suffisamment insisté sur cette double action.

Pris sous forme d'extrait ou de sirop d'extrait, de façon à se rendre compte du dosage, qui doit être de 1g,50 à 2 grammes par jour d'extrait, les stigmates de maïs calment beaucoup mieux que tout autre moyen les douleurs de la cystite chronique, de la gravelle et de la colique néphrétique, en même temps qu'ils favorisent, dans les deux derniers cas, l'expulsion des graviers.

Cette action anesthésique est même tellement manifeste, que je serais surpris si on ne venait point à découvrir un jour ou l'autre,

dans les stigmates de maïs, quelque alcaloïde possédant une action anesthésique spéciale sur les voies urinaires.

Dans la colique néphrétique notamment, alors que les injections de morphine ne suffisent pas à endormir la douleur et le malade, le sirop de stigmates de maïs la rend très tolérable, et la miction ne tarde pas à s'effectuer, entraînant avec elle une quantité de graviers infiniment plus considérable qu'on ne observe habituellement. Et si on continue le médicament d'une façon d'abord soutenue, puis intermittente, on voit rarement les accidents revenir. C'est, en un mot, le meilleur préventif de la gravelle et de la colique néphrétique. Dans la cystite aiguë, l'effet anesthésique ne se produit pas, sans doute, parce qu'il y a là un élément inflammatoire qui s'accommode mal d'un modificateur de la muqueuse.

Quant à l'action diurétique, niée par beaucoup de médecins, je crois que les insuccès n'ont tenu qu'au mode d'administration ou à la qualité des stigmates, et je partage complétement, pour en avoir eu la preuve bien des fois, l'opinion de M. le docteur Laodrieux, médecin des hôpitaux de Paris, qui terminait un travail sur ce sujet par les conclusions suivantes :

1. Non seulement les préparations diverses de stigmates de maïs sont utiles comme agent modificateur des sécrétions des voies urinaires, mais ces mêmes préparations peuvent être également considérées comme un *agent diurétique* incontestable ;

2. La diurèse s'obtient rapidement et, dans l'espace de trois à quatre jours, l'augmentation des urines devient évidente et considérable ;

3. Les effets diurétiques s'observent non seulement dans les maladies des organes de l'excrétion urinaire, mais aussi dans les perturbations apportées à la circulation sanguine (maladies du cœur et des vaisseaux).

4. Le pouls se régularise, la tension artérielle augmente, alors que la tension veineuse diminue ;

5. Le médicament n'exerce aucune perturbation soit sur le système nerveux, soit sur les fonctions du tube digestif ;

6. La tolérance pour ce médicament est complète, absolue, et la médication, dans les maladies chroniques, peut être continuée sans inconvénient pendant un mois, six semaines, ainsi que cela résulte de mes observations.

Je n'ai pas expérimenté le muguet, autour duquel on fait depuis quelque temps beaucoup de bruit, mais je doute qu'il vaille mieux, au point de vue diurétique, que les stigmates de maïs.

Je pourrais à l'appui citer de nombreuses observations, mais je serais entraîné trop loin, et je crois en avoir assez dit pour encourager les confrères qui me liront dans la voie d'une expérimentation qui certainement leur donnera de beaux résultats.

(GAZETTE DES HÔPITAUX.)

BIBLIOGRAPHIE

LE SENS DE L'ORIENTATION ET SES ORGANES CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ L'HOMME, par M. le docteur CAMILLE VIGUIER, professeur à l'École des sciences d'Alger. — Paris, librairie Germer-Baillière.

Tout le monde connaît la faculté que possèdent certaines espèces animales et même l'espèce humaine, représentée par quelques peuplades sauvages, de s'orienter et de se diriger à travers de longs espaces et de revenir au point d'où elle sont parties. Sans parler des faits vraiment extraordinaires qu'on peut citer à cet égard, avec quel plaisir ne salue-t-on pas, au printemps, le retour de l'hirondelle qui retrouve le nid où elle est née, et combien aussi étaient les bienvenus, en 1870-71, les pigeons qui, retournant à leur colombier, apportaient sous leurs ailes, aux assiégés de Paris, les nouvelles des familles absentes !

Cette faculté remarquable a exercé depuis bien longtemps la sagacité des physiologistes et des philosophes. Les uns l'ont attribuée à une acuïté particulière des sens universellement admis ; les autres croient à l'intervention d'un sixième sens, le *sens d'orientation ou de direction*. M. Viguier examine et discute la plupart des hypothèses soutenues de part et d'autre, et n'hésite pas à se ranger parmi les défenseurs de la dernière opinion.

Quand on étudie d'une manière générale les conditions dans lesquelles s'accomplissent les voyages des animaux migrateurs, voyages qui ont aussi bien pour milieu le fond de mers que la surface de la terre ou les hauteurs de l'atmosphère, on demeure facilement convaincu que la perfection de l'un ou de plusieurs des sens connus est impuissante à rendre compte des phénomènes observés. Si l'on peut parfois invoquer la perfection de l'odorat pour le chien qui retrouve l'habitation de son maître, celle de la vue pour les oiseaux voyageurs, à quel sens perfectionné attribuera-t-on les voyages des poissons migrateurs et ceux des tortues marines se donnant rendez-vous, à une époque de l'année, sur les plages de l'île de l'Ascension ? Il est évident que ces divers animaux obéissent à un instinct de même ordre, et il est probable qu'une même condition anatomo-physiologique leur en donne la faculté. Cette condition serait remplie par l'existence d'un sens de l'orientation.

Mais chaque sens a son mode d'excitation et rencontre parmi les agents physiques ses excitants spéciaux. Quel est donc l'agent, quelle est la force physique dont l'influence générale présiderait aux manifestations du sens de l'orientation, comme la lumière préside aux manifestations du sens de la vue ? M. Viguier trouve cet agent dans le magnétisme terrestre. Le sens de l'orientation pourrait donc être dénommé le *sens magnétique*. Grâce à lui, les animaux posséderait une sorte de boussole intérieure qui les dirigeraient, comme la boussole des physiciens dirige les navigateurs. Cette hypothèse, émise en 1872 dans la *Quartely Review*, a été conçue en même temps par M. Viguier, qui développe à l'appui, dans son travail, des arguments dignes de fixer l'attention.

Un point de l'espace peut être déterminé par l'intersection du méridien magnétique (ligne isogone) avec le parallèle magnétique (ligne isocline) ou avec une ligne comprenant tous les points où l'intensité magnétique est la même (ligne isodyname). On comprend que, doné d'un sens magnétique approprié, un animal puisse avoir une perception inconsciente de la direction dans laquelle les différences de l'intensité magnétique s'accusent le plus (méridien magnétique) et de celle où l'intensité de l'action magnétique reste la même (ligne isodyname) ; il possède ainsi les éléments d'une direction générale pour revenir au point de départ dont son sixième sens lui a fait percevoir les conditions magnétiques. Sans doute ces conditions magnétiques sont variables pour un même point ; mais ces variations se produisent lentement, et M. Viguier fait observer que si le sens magnétique donne à l'animal la direction générale qu'il doit suivre pour retourner dans son ancien district, les autres sens doivent intervenir pour lui permettre de retrouver, dans ce district, le point exact d'où il est parti.

Somme toute l'hypothèse est parfaitement admissible. Elle nous montre une force générale et constante de la nature, exerçant partout et toujours sur les animaux une action particulière, et produisant ainsi chez eux des sensations spé-

ciales dont la perception peut évidemment être utilisée pour certains actes de leur vie. Mais cette perception suppose un organe qui recueille les variations des influences magnétiques au même titre que l'œil recueille les vibrations lumineuses : où est et quel est cet organe ? M. Vignier le place dans les canaux semi-circulaires de l'oreille interne.

La physiologie des canaux semi-circulaires est encore l'objet de discussions nombreuses. Les limites de ce compte rendu ne nous permettent pas de rappeler les différentes opinions émises à ce sujet. Nous nous bornerons à mentionner celle de M. Cyon, fondée sur la disposition des canaux dans trois plans perpendiculaires rappelant les trois dimensions de l'espace. Suivant ce physiologiste, les canaux seraient destinés à donner des sensations correspondant à chacune des trois coordonnées de l'espace, et l'animal aurait ainsi la perception inconsciente d'un point idéal de l'espace auquel il rapporterait ensuite le monde extérieur. Comment se produisent ces sensations ? S'agit-il, comme le pense Goltz, de changements de niveau de l'endolymphe contenue dans les canaux semi-circulaires, et par suite de variations dans la pression qu'elle exerce sur les différents points du système ? Faut-il voir dans ces sensations, avec Breuer et Brown, les effets des mouvements de cette même endolymphe dans une direction opposée à celle du canal lui-même pendant les mouvements de la tête ? Les ébranlements communiqués aux otolithes par les mouvements de la tête jouent-ils, ainsi que tend à le croire M. Cyon, un rôle important ? Quoi qu'il en soit de ces différentes hypothèses et quel que soit l'agent ou le mode d'excitation, cette excitation des fibres nerveuses distribuées dans un canal sera toujours, d'après le physiologiste russe, une sensation d'étendue dans un plan perpendiculaire aux plans d'étendue des deux autres canaux. Les canaux semi-circulaires constitueraient ainsi, suivant M. Cyon, l'organe d'un sens de l'espace, et l'on comprend les perturbations que leur lésion entraîne dans le maintien de l'équilibre et la coordination des mouvements.

M. Viguier, à l'encontre de M. Cyon, admet que la notion d'espace est une « notion *à posteriori*, qui dérive des sensations éprouvées pendant toute l'évolution de la série ancestrale à l'aide de la vue, du toucher et du mouvement. Cette notion ne serait donc point liée à un organe de forme déterminée, comme les canaux semi-circulaires, qui n'existent que chez un nombre fort limité d'animaux, tandis que la notion d'espace paraît commune à tous les animaux, même les plus inférieurs. » Notre confrère ne dit pas que, chez les animaux pourvus de canaux semi-circulaires, les impressions produites sur ces organes ne concourent pas à la notion de l'espace; mais ce concours est analogue à celui des impressions visuelles, c'est-à-dire contingent, non essentiel. Pour lui, le véritable rôle qui revient aux canaux semi-circulaires est celui d'organe du sens magnétique ou sens de l'orientation. « Le magnétisme terrestre, dit-il, détermine dans l'endolymphe de ces canaux de véritables courants induits, dont l'intensité varie avec la position de ces canaux par rapport aux directions des aiguilles d'inclinaison et de déclinaison, et avec l'intensité des phénomènes magnétiques. »

« L'animal, ajoute l'auteur, serait ainsi incessamment renseigné sur les déplacements de sa tête dans chacun des trois plans perpendiculaires et, en outre, la tête se trouvant dans sa position normale et orientée dans le même sens, sur l'intensité des actions magnétiques. »

M. Viguier montre comment, avec cette hypothèse, on peut se rendre compte des divers phénomènes rapportés, suivant les auteurs, à un sens d'équilibre, à un sens statique, à un sens de coordination motrice, à un sens de rotation, à un sens de l'espace ; il s'attache surtout, et c'est le but de son travail, à montrer comment cette même hypothèse explique la faculté d'orientation des animaux migrateurs.

Mais il ne suffit pas qu'une hypothèse soit ingénieuse et réponde à un grand nombre de faits pour prendre rang parmi les vérités acquises : il faut encore qu'elle reçoive la sanction et le contrôle de l'expérience. M. Viguier, qui ne se fait aucune illusion sur les objections que peut soulever sa théorie, n'a pas manqué de chercher à lui donner cette sanction. Malheureusement les ressources nécessaires lui ont fait jusqu'à présent défaut. Il a dû se borner à indiquer un programme d'expériences dans lesquelles on comparerait le retour d'animaux voyageurs de même espèce, dont les uns seraient porteurs et les autres exempts d'appareils perturbateurs des actions magnétiques. Nous souhaitons qu'il puisse bientôt réaliser ce programme et poursuivre ses recherches sur le terrain des faits. En attendant, nous devons rendre hommage à l'originalité et à l'intérêt de ses idées théoriques, des arguments dont il les appuie et des inductions qu'il sait en tirer.

Dr F. DE RANSE.

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE.

La lettre d'un professeur de la Faculté de Nancy, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, renferme une expression qui a éveillé la susceptibilité d'un professeur de la Faculté de Lille. Voici ce qu'il nous écrit à ce sujet :

« Cher et très honoré confrère,

« Il est toujours permis de plaider *pro domo* et l'on ne saurait blâmer les vœux de la Faculté de Nancy, relativement à la future Ecole de médecine militaire, ni vous de vous associer à ces vœux *servatis servandis*.

« Cependant, votre honorable correspondant de Nancy est peu aimable pour ses collègues des Facultés qu'il traite de « *municipales* ». Son argumentation n'y gagne rien. Il n'y a pas, en France, de Facultés *municipales*; il y a trois Facultés *de l'Etat*, de création récente et que paient provisoirement les caisses des villes de Lille, Bordeaux, Lyon. Hors de là, ces Facultés ont exactement les mêmes droits et les mêmes devoirs que celles de Paris, Montpellier, Nancy.

« On s'est servi du terme « *municipales* » à propos de certaine liste de classement, dont sont exclus les professeurs des nouvelles Facultés et qui bénéficie aux professeurs de Nancy. A tort ou à raison, on le verra plus tard. Mais le mot, qui a tout l'air d'une équivoque, a paru très dur aux professeurs de Lyon, Bordeaux, Lille. Convenait-il à un collègue de Nancy de le leur répéter et de contribuer à entretenir un malentendu ?

« Sauf cela, que Dieu protège Nancy ! »

Notre honorable correspondant a raison. Les six Facultés de médecine de France ont les mêmes devoirs ; elles doivent par conséquent avoir les mêmes droits et jouir des mêmes prérogatives. La distinction qu'on a voulu établir entre les trois Facultés de récente création et les anciennes est parfaitement injuste, et la base sur laquelle cette distinction repose ne soutient pas l'examen. Dans les Facultés de l'Etat, comme dans les Facultés dites improprement *municipales*, les villes concourent plus ou moins au budget ordi-

naire ou extraordinaire de la Faculté. C'est ainsi que, dans sa lettre, le professeur de Nancy fait valoir les sacrifices que s'est imposée la ville, au même titre que ceux de l'Etat. C'est ainsi encore qu'à Paris, pour la reconstruction de l'Ecole pratique et l'agrandissement de la Faculté, la ville a joint son concours à celui de l'Etat. Ce concours des municipalités, dans les Facultés récemment créées, peut revêtir une autre forme ou acquérir de plus fortes proportions sans établir évidemment pour cela comme une ligne de démarcation entre ces Facultés et leurs aînées. Il n'y a donc, à proprement parler, ainsi que le dit notre correspondant, que des Facultés de l'Etat, et les professeurs qui en occupent les chaires, seumis aux mêmes lois, aux mêmes règlements, doivent être appelés à bénéficier des mêmes avantages

F. DE R.

CHRONIQUE

MOUVEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce mouvement nous est indiqué, pour les journées du 7 au 13 décembre 1882 inclusivement, par les chiffres officiels suivants, fournis par l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de la ville de Paris :

Typhoïdiques.	décembre						
—	7	8	9	10	11	12	13
Entrées dans les hôpitaux.	28	19	34	11	22	20	33
Sortis après guérison......	23	43	33	16	62	46	44
Décès..................	4	2	2	1	1	2	1

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde et qui sont actuellement en cours de traitement dans les hôpitaux de Paris, continue à diminuer très lentement; il était, le 7 décembre au matin, de 1,037; il est aujourd'hui, 11 décembre au matin, de 924, soit une différence en moins de 113 seulement. Cette diminution avait été la semaine dernière de 121.

D'après les chiffres que nous avons reproduits dans le tableau ci-dessus, on voit que le nombre total des typhoïdiques entrés dans les services hospitaliers pendant les sept journées du 7 au 13 décembre inclusivement, a encore été de 167; celui des décès a, par contre, heureusement diminué dans une proportion notable. Ces divers chiffres nous donnent une moyenne quotidienne de :

23,86 pour les entrées,
1,86 pour les décès,

soit une différence en moins, sur la semaine dernière, de 1,47 pour les entrées de chaque jour et de moitié pour les décès quotidiens.

En résumé, la décroissance de l'épidémie de fièvre typhoïde, du moins quant au mouvement dans les hôpitaux de Paris, s'accentue fort peu maintenant, et l'état sanitaire reste dans une sorte de *statu quo* depuis une quinzaine de jours.

***

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — La première épreuve — épreuve écrite — s'est terminée lundi soir. Mardi les candidats réduits au chiffre de 17, par suite du désistement de MM Ballet, Merklen et Osmont, ont tiré au sort l'ordre dans lequel ils subiraient la seconde épreuve (épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation sur une question de pathologie interne), laquelle a commencé mercredi et se continuera jusqu'au vendredi 22 décembre inclusivement.

Les candidats ci-après désignés ont subi cette seconde épreuve et ont eu les questions suivantes :

Mercredi, 13 décembre : 1° *M. Robin*, De la pleurésie purulente; 2° *M. Brousse*, De l'urticaire (s'est retiré du concours).

Jeudi, 14 : 1° *M. Clément*, Névralgie du trijumeau ; 2° *M. Grenier*, De l'angine syphilitique (s'est retiré du concours).

***

Mutations dans les hôpitaux de Paris. — M. le docteur Berger passe à Bicêtre ; M. le docteur Pozzi passe à Lourcine et M. le docteur Marchand reste à Cochin.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Jacquement, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur François est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Rahot est nommé pour deux ans chef de clinique chirurgicale.

— M. le docteur Chambard est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— M. le docteur Gangolphe est nommé pour deux ans chef de clinique chirurgicale.

—Sont chargés des cours auxiliaires ci-après, désignés pendant l'année scolaire 1882 1883, MM. les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne : M. Laure.
Chimie analytique : M. Chappuis.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Les récompenses suivantes ont été proclamées dans la séance de rentrée pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1881-1882 :

Médaille d'argent : M. Robin.

Médailles de bronze : MM. Dufour, Martin et Rougier.

Mentions honorables : MM. Bailly, Faveret, Gangolphe, Sollet et Weill.

— Un concours pour une place de prosecteur commencera le 12 janvier 1883 pour la première épreuve, et continuera le 12 mars suivant pour les autres épreuves. Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les étudiants ayant au moins douze inscriptions. Le traitement est de quinze cents francs par an ; la durée des fonctions est de trois ans.

Un concours par deux places d'aide d'anatomie aura lieu le 15 mars 1883 à la même Faculté. Sont admis à concourir tous les étudiants en médecine. La durée des fonctions est de trois ans pour le premier nommé, et de deux ans pour le second. Le traitement est de 1,000 francs par an. — Les candidats devront se faire inscrire pour la place de prosecteur, celle d'aide, quinze jours avant l'ouverture du concours.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert le 20 juin 1883.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Chedevergne, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe.

— M. Rohert, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne.

— M. Alhan de la Garde, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et de thérapeutique.

***

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours s'ouvrira le 1er juin 1883 pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est chargé, en outre du cours de pathologie externe.

***

INCIDENT A L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Les journaux politiques et scientifiques ont raconté un incident survenu à l'Ecole

de médecine de Nantes à l'occasion du discours de rentrée de cette Ecole. M. Jousset de Bellesme, chargé de ce discours, exprimait des opinions opposées à celles de bon nombre de ses collègues et a été prié par le directeur, M. Laënnec, de modifier les passages qui accentuaient le plus les divergences. Comme il n'a répondu qu'incomplétement à cette prière, l'incident a été porté devant le ministre de l'instruction publique qui a interdit la lecture du discours en séance publique.

Quand un professeur écrit ou parle en son nom personnel, il doit jouir d'une entière liberté dans son appréciation scientifique des hommes et des choses; quand il accepte de parler au nom de l'Ecole à laquelle il appartient, il doit tenir compte, à l'égal de ses propres opinions, de celles de ses collègues et des traditions qui ont cours dans l'Ecole. M. Jousset de Bellesme paraît ne pas avoir fait ette distinction importante et a compromis ainsi sa cause devant l'opinion publique.

***

BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE.— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, sont nommés pour un an boursiers près les Facultés de médecine ci-après désignées les candidats au doctorat dont les noms suivent :

A. — Faculté de Paris. — 1o Elèves ayant quatre inscriptions : MM. Cohin et Chevalier ;

2o Elèves ayant huit inscriptions : MM. Matton, Valin et Humblot ;

3o Elèves ayant douze inscriptions : MM. Vignalou-Pérer, Conzette, Leclercq, Godart et Dubarry ;

4o Elèves ayant seize inscriptions : MM. Netter, Hamonie, Girode, Loppé, Wallet, Gallois, Panné et Vrain.

B. — Faculté de Bordeaux. — M. Faramond de Montels, élève ayant huit inscriptions.

C. — Faculté de Lille. — 1o Elèves ayant quatre inscriptions : MM. Bodon, Vigneron et Molhant ;

2o Elève ayant douze inscriptions : M. Lesage.

D. — Faculté de Lyon. — 1o Elèves ayant quatre inscriptions : MM. Loison et Pic ;

2o Elèves ayant huit inscriptions : MM. Dalphin et Riel.

E. — Faculté de Montpellier. — 1o Elèves ayant huit inscriptions : MM. Milhaud, Bonnet et Guy ;

2o Elèves ayant douze inscriptions : MM. Arnoult, Capoulade, Colombié et Tarron ;

3o Elève ayant seize inscriptions : M. Manhavialle.

F. — Faculté de Nancy. — 1o Elèves ayant huit inscriptions : MM. Bauquel et Cherpitel ;

2o Elève ayant douze inscriptions : M. Séhuhl.

***

BOURSE. — Le Conseil municipal a voté, dans l'une de ses dernières séances, une bourse avec trousseau en faveur de la fille de M. Alfonso, externe provisoire à l'hôpital Trousseau, qui a succombé le 15 octobre dernier aux atteintes d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions.

***

Le ministre des affaires étrangères vient de créer un poste de médecin sanitaire à La Mecque et l'a confié à un médecin de nationalité arabe, le docteur Taïeb-Ould-Marshy.

***

EXPOSITION INTERNATIONALE COLONIALE ET D'EXPORTATION GÉNÉRALE. — *Amsterdam, mai-octobre 1883.* — *Exposition coloniale médicale.* — Sur l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales, le Comité exécutif a résolu d'ajouter à l'exposition coloniale une section spéciale, qui formera une Exposition coloniale médicale, et qui sera ouverte en même temps que l'exposition générale. Tandis que celle-ci se propose de faire connaître les colonies dans le sens le plus étendu du mot, le but de l'Exposition coloniale médicale est plus restreint. Cette exposition a en vue l'augmentation des connaissances quo nous avons de l'état sanitaire et médical des colonies et des possessions d'outre-mer.

Elle sera divisée en trois classes.

La première classe comprendra tout ce qui a rapport à l'hygiène publique des colonies.

La deuxième classe fera connaître l'organisation du service médical dans les différentes colonies (enseignement et exercice de la médecine).

La troisième classe servira à faire connaître les soins qui sont donnés aux malades et aux blessés dans les colonies et à leur transport, ainsi que le traitement des malades et des blessés par les indigènes.

Le Comité fait remarquer que la place destinée à l'exposition coloniale médicale est restreinte. Il sera donc préférable d'envoyer des modèles, des dessins, des plans, etc., dans les cas où les objets ont de grandes dimensions. Naturellement ceci ne s'applique pas aux sous-divisions des classes, dans lesquelles l'envoi des objets « en nature » est désiré.

L'exposition, dans la section coloniale médicale, est gratuite.

Les objets dont l'exposition aurait un but commercial et non scientifique ne pourront y être admis. On pourra faire exception pour les objets dont un double serait exposé dans une des autres sections de l'exposition.

Les objets destinés à l'Exposition coloniale médicale y seront reçus jusqu'au 1er avril 1883.

Les colis renfermant les objets, etc., devront être adressés à l'Exposition d'Amsterdam, section coloniale médicale.

A l'occasion de l'Exposition coloniale médicale, un Congrès international de médecins des colonies se réunira en septembre 1883. Le programme de ce Congrès sera publié prochainement.

***

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS.—*Bureau pour l'année* 1883. — Président : Pronst. — 1er vice-président : Hamy. — 2e vice-président : Dureau. — Secrétaire général adjoint : Girard de Rialle. — Secrétaires annuels : Prat et Issaurat. — Conservateur des collections : Collineau. — Archiviste : Vinson. — Trésorier : Leguay. — *Commission de publication* : De Quatrefages. — Parrot. — Auburtin.

***

CREVAUX. — Le conseil municipal de Nancy a décidé que le buste du docteur Crevaux serait placé dans le jardin botanique de cette ville.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 30 NOVEMBRE AU JEUDI 6 DÉCEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 73. — Variole 11. — Rougeole 8. — Scarlatine 2. — Coqueluche 2. — Diphtérie, croup 32. — Dysenterie 1. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 33. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 6. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 55. — Bronchite aiguë 34. — Pneumonie 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 45; — au sein et mixte 25. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 88. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 78. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 1. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 2. — Total de la semaine : 1064 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

53e année. 6e série. Tome IV. N° 51 23 DÉCEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 21 décembre 1882.

LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES.

Nous avons promis de revenir sur le doctorat ès sciences médicales après que l'enquête instituée par le ministre de l'instruction publique aurait fait connaître l'avis des Facultés, des Ecoles de médecine, des Conseils académiques, des organes de la presse. Sans doute, la circulaire ministérielle n'a pas encore reçu toutes les réponses qu'elle avait pour but de provoquer ; mais celles que nous connaissons suffisent pour donner une idée de la manière dont le projet du gouvernement a été généralement accueilli.

Ainsi que l'on devait s'y attendre, les opinions se sont divisées. Tandis, par exemple, que les Facultés de médecine de Paris, de Nancy, de Montpellier, repoussent la création du nouveau doctorat, celles de Lyon et de Bordeaux ont émis un vote favorable à cette création. Les Conseils académiques semblent, en général, s'inspirer de l'avis des Facultés ou des Ecoles de leur ressort. Enfin, si l'on consulte les organes de la presse, on trouve les mêmes divergences. L'UNION MÉDICALE, le PROGRÈS MÉDICAL, le JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, le PARIS MÉDICAL, etc., sont carrément hostiles au projet ministériel. La GAZETTE HEBDOMADAIRE, moins nette dans l'affirmation de ses opinions, semble donner son approbation à la réponse de la Faculté de médecine de Paris et laisse cependant entrevoir ses préférences pour une organisation de l'enseignement de cette même Faculté qui conduirait nécessairement à l'institution d'un grade supérieur à celui du doctorat en médecine. La REVUE SCIENTIFIQUE, le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES ; en province, le LYON MÉDICAL, par la plume du professeur Renaut, la GAZETTE MÉDICO-CHIRURGICALE DE TOULOUSE, etc., sont favorables à la création du nouveau doctorat.

Avant d'examiner les principaux arguments invoqués de part et d'autre, nous demanderons la permission de bien préciser la situation que la GAZETTE MÉDICALE a prise dans le débat.

Nous avons fait valoir, dans le numéro du 11 novembre dernier, les raisons qui, bien longtemps avant la circulaire ministérielle, nous avaient porté à émettre des vœux en faveur d'un titre scientifique supérieur au grade professionnel. Mais c'était là une question de principe dont l'application devait rester subordonnée à un ensemble de réformes difficiles, sinon impossibles à isoler les unes des autres. Ainsi que nous l'avons dit et déjà répété, l'organisation de l'enseignement supérieur

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE

Les médecins biographes.

Suite. — Voir les numéros 3 et 7.

En abordant le groupe assez restreint des médecins qui ont écrit la vie d'hommes étrangers à l'art de guérir, nous commencerons par ceux de nos confrères qui se sont occupés des philosophes ; nous passerons ensuite aux biographes politiques avant d'arriver à ceux qui ont retracé l'histoire de poëtes, d'artistes ou de savants.

C'était un médecin ce Lucas qui écrivit, à la fin du XVIIe siècle, la vie de Baruch de Spinoza.

Contemporain et ami de Spinoza, Lucas était de La Haye. Voilà à peu près tout ce que nous savons sur son compte. Tous les recueils biographiques que j'ai pu consulter sont muets sur ce médecin. Et cependant la notice qu'il a consacrée à Spinoza (1) est si pleine d'une saveur naïve, quoique intelligente et originale, que j'aurais désiré pouvoir donner quelques renseignements précis sur l'auteur. J'en suis réduit à le citer pour le faire connaître (2).

(1) Dans une note du *Manuel de l'Histoire de la Philosophie*, de Tenemann (traduction Cousin, t. II, p. 101, 1839), on trouve les lignes suivantes à propos de cette notice : « L'auteur est un médecin nommé Lucas ou *Vraese*, conseiller de la cour de Brabant à La Haye. — Il ne fut vendu que soixante-dix exemplaires de la petite édition et à un prix très élevé, ce qui en fit tirer beaucoup de copies manuscrites. La seconde partie fut brûlée, mais la partie biographique a eu une seconde édition, qui est rare aussi, sous ce titre : *La vie de Spinoza par un de ses disciples*, nouvelle édition non tronquée, Hambourg, 1735, in-8°.

(2) *La vie de Spinoza, par Lucas*, de La Haye, étant devenue presque introuvable dans l'original, je crois devoir signaler aux lecteurs curieux qu'elle a été reproduite par M. E. Saisset, dans le tome II de son édition de Spinoza, et par M. J.-G. Prat, en tête de la 1re série de sa traduction des œuvres du philosophe. M. J.-G. Prat a reproduit l'édition de Hambourg, publiée chez Henry Kunrath.

est comme un mécanisme dont tous les rouages se tiennent si bien qu'on ne peut modifier aucun d'eux sans toucher aux autres. La question débattue va nous en fournir elle-même un exemple.

Il est de toute évidence que l'institution d'un titre scientifique supérieur en médecine suppose un enseignement d'ordre supérieur aussi, c'est-à-dire la réorganisation du système actuel d'enseignement, sinon dans toutes les Facultés, du moins dans l'une d'elles. Ce serait, si l'on veut, l'application aux sciences médicales, de l'Ecole des hautes études.

Le résultat de cette réorganisation de l'enseignement médical doit avoir pour but et pour effet d'élever le niveau, non seulement des études scientifiques, mais des études pratiques. Dès lors, et avec les facilités de communications répandues partout, l'officiat de santé n'a plus sa raison d'être ; il doit être supprimé. Mais cette suppression entraîne une conséquence fatale : la réorganisation des Ecoles préparatoires de médecine et la suppression de nombre d'entre elles.

On ne saurait donc adopter, comme mesure isolée, la création d'un doctorat ès sciences médicales ; cette institution doit faire partie d'un plan général de réformes dont tout le monde, y compris certainement le ministre de l'instruction publique, ainsi qu'en témoignent ses nombreuses circulaires, sent la nécessité.

Cela dit, nous avons été et nous demeurons partisan d'un titre scientifique supérieur au doctorat en médecine ; aucune des raisons que l'on a invoquées à l'encontre de ce titre n'a pu nous convaincre. Ces raisons peuvent être rangées sous quelques chefs principaux que nous allons passer successivement en revue.

1° Au point de vue professionnel, on fait au nouveau diplôme en projet le reproche de créer dans le corps médical une hiérarchie en opposition avec le principe d'égalité professionnelle. Quand il est question de supprimer l'officiat de santé, on ne saurait songer à instituer un titre supérieur qui aurait pour effet d'abaisser le niveau du doctorat en médecine actuel ; celui-ci ne ferait ainsi que remplacer l'officiat de santé. Enfin, le doctorat ès sciences médicales, plus ou moins facile à conquérir, serait une étiquette dont ne manqueraient par de se parer et de tirer profit les charlatans, au détriment des cliniciens honorables et vraiment instruits. « S'il est prouvé, nous écrit M. le docteur Biechy (de Vesoul) dans une lettre où il développe ces différents points, et que le défaut d'espace ne nous permet pas d'insérer, s'il est prouvé que le corps médical manque réellement de capacité et de savoir et qu'il y ait urgence de remédier à son insuffisance, ne serait-il pas plus rationnel, — au lieu de lui octroyer un état-major de dignitaires en substituant une question de personnes à une question de principes, — de rehausser le niveau de l'enseignement médical ? »

En réponse à cette objection nous ferons observer que le nouveau doctorat doit être un titre purement scientifique, nullement professionnel et, à ce point de vue, nous trouvons la dénomination de *doctorat ès sciences médicales* très mauvaise, parce qu'elle peut créer une équivoque dans le public ; nous lui préférons de beaucoup celle de doctorat ès *sciences biologiques*, proposée par la Faculté de médecine de Bordeaux. Ce doctorat trouve tout naturellement sa place à côté de doctorats ès sciences mathématiques, ès sciences physiques et ès sciences naturelles. Les docteurs en médecine qui le posséderont ne pourront guère plus s'en prévaloir pour la pratique que du doctorat ès sciences naturelles et si, comme nous l'espérons, on exige pour l'obtenir des épreuves difficiles, inaccessibles à des hommes qui n'auraient pas fait des études sérieuses, on comprend peu qu'il puisse être exploité par le charlatanisme. Il ne saurait, d'un autre côté, abaisser le doctorat en médecine, qui resterait le seul titre professionnel. Enfin si ceux qui le possèdent s'en recommandaient pour demander et obtenir certaines situations, comme celles qui touchent à la médecine légale ou à la médecine publique et qui exigent des connaissances étendues en anatomie, en physiologie, en physique ou chimie biologiques, etc., ce ne serait évidemment que justice, et c'est même là une des raisons qui plaident en faveur du nouveau titre.

En résumé, au point de vue professionnel, l'officiat de santé étant supprimé, tous les médecins sont égaux : il n'y a donc pas de hiérarchie. Les uns, se vouant exclusivement à la pratique de l'art, n'ont pas besoin d'un nouveau titre. D'autres, embrassant la carrière de l'enseignement, acquièrent des titres universitaires tels que celui d'agrégé. D'autres enfin, ayant moins d'aptitude ou de goût pour l'enseignement, mais désirant se consacrer à la culture de la science, ont en perspective un titre scientifique propre à encourager et à récom-

---

Si Lucas ne nous donne pas le texte de la formule d'excommunication chez les Juifs, texte que l'on trouvera dans le traité de Seldenus, *De Jure naturæ et gentium*, il nous indique du moins les principales circonstances qui caractérisent l'acte de la séparation. « Le peuple étant assemblé dans la synagogue, cette cérémonie, qu'ils appellent Herem, se commence par allumer quantité de bougies noires, et par ouvrir le tabernacle, où sont gardés les livres de la Loi. Après, le chantre, dans un lieu un peu élevé, entonne d'une voix lugubre les paroles d'exécration, pendant qu'un autre chantre embouche un cor, et qu'on renverse les bougies pour les faire tomber goutte à goutte dans une cuve pleine de sang, à quoi le peuple, animé d'une sainte horreur et d'une rage sacrée à la vue de ce noir spectacle, répond *Amen* d'un ton furieux et qui témoigne le bon office qu'il croirait rendre à Dieu, s'il déchirait l'excommunié, ce qu'il ferait sans doute, s'il le rencontrait en ce temps-là, ou en sortant de la synagogue.

Sur quoi il est à remarquer que le bruit du cor, les bougies renversées et la cuve pleine de sang, sont des circonstances qui ne s'observent qu'en cas de blaspbème, que hors de cela on se contente de fulminer l'excommunication, comme il se pratiqua à l'égard de M. Spinoza, qui n'était pas convaincu d'avoir blasphémé, mais d'avoir manqué de respect et pour Moïse et pour la Loi.

L'excommunication est d'un tel poids parmi les juifs que les meilleurs amis de l'excommunié n'oseraient lui rendre le moindre service, ni même lui parler sans tomber dans la même peine. Aussi ceux qui redoutent la douceur de la solitude et l'impertinence du peuple aiment mieux essuyer tout autre peine que l'anathème.

M. de Spinoza, qui avait trouvé un asile où il se croyait à couvert des insultes des juifs, ne pensait plus qu'à s'avancer dans les sciences humaines, où, avec un génie aussi excellent que le sien, il n'avait garde qu'il ne fit en fort peu de temps un progrès très considérable. »

Dans cette notice biographique, Lucas se montre imprégné d'un esprit de libéralisme bien rare à cette époque. Cet esprit, il le manifeste dans sa façon d'apprécier la conduite de Spinoza, qui n'épousait aucun parti, ne donnant le prix à aucun. Spinoza « laissait à chacun, dit Lucas, la liberté de ses préjugés ; mais il soutenait que la plupart étaient un obstacle à la vérité ; que la raison

penser leurs premiers efforts : le doctorat ès sciences biologiques.

2o — Au point de vue scientifique, objecte-t-on encore, le doctorat est inutile, car depuis l'internat jusqu'à l'agrégation et au professorat, ou au titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, en passant par l'adjuvat, le prosectorat, le clinicat, etc., on possède toute une hiérarchie de titres propres à satisfaire toutes les ambitions.

Cela peut être vrai pour les centres où siège une Faculté ; mais il est ailleurs aussi des travailleurs qui méritent d'être soutenus et encouragés. Du reste, la plupart des titres qui précèdent, à part ceux qui touchent à l'Assistance publique sont des grades universitaires auxquels, comme nous venons de le dire, ne peuvent prétendre ceux qui ne se sentent pas d'aptitude à l'enseignement.

Mais un reproche plus grave est adressé au nouveau doctorat : en favorisant les études scientifiques, il nuira dit-on, aux études pratiques.

Nous croyons, avec les professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier, qu'en médecine la science et la pratique doivent marcher de front ; nous ne pouvons toutefois admettre que les progrès de la première puissent abaisser la seconde. Chaque fois, en effet, que la science fait un pas en avant, ses applications deviennent plus nombreuses ou mieux déterminées. D'un autre côté il ne faut pas oublier que les études purement scientifiques, quelques encouragements qu'elles reçoivent, resteront toujours le lot du plus petit nombre. Quant à ceux qui pourront s'y adonner avant d'aborder les difficultés de la pratique, ils puiseront certainement dans ce travail préparatoire des éléments de force et de succès pour les différentes luttes qu'ils auront à soutenir.

Du reste loin de nous la pensée qu'on puisse ou qu'on doive se cantonner dans des études exclusivement scientifiques ou exclusivement pratiques, et, en ce qui concerne les candidats au doctorat ès sciences biologiques, nous pensons, avec M. le professeur Renaut, qu'il y aura lieu d'exiger d'eux une épreuve témoignant de leur savoir en médecine ou en chirurgie. La spécialisation reste stérile quand elle ne repose pas sur un fonds solide de connaissances générales, et un titre élevé comme le doctorat dont il s'agit suppose nécessairement de pareilles connaissances.

Ainsi envisagé, ce doctorat, en encourageant les études scientifiques, est donc plus propre à fortifier qu'à abaisser les études pratiques.

3o Au point de vue de l'organisation actuelle de notre enseignement, la création du nouveau doctorat présenterait, dit-on, un double danger : d'abord il compromettrait gravement l'agrégation en médecine ; ensuite il tendrait à abaisser les Facultés de médecine de province en poussant à la centralisation parisienne.

Nous comprenons les préoccupations qu'ont dû faire naître les rapports à établir entre le nouveau doctorat et l'agrégation, mais nous ne saurions partager le pessimisme de certains de nos confrères. Qu'on établisse une solidarité entre les deux titres, ou qu'ils restent indépendants l'un de l'autre, l'agrégation n'a rien à perdre. N'oublions pas, en effet, que celle-ci constitue un grade universitaire, imposant des devoirs et par contre assurant des droits. Le doctorat ès sciences, simple titre honorifique, ne fait que recommander à l'estime du monde savant celui qui l'a acquis. Il ne saurait donc y avoir, à proprement parler, de rivalité entre les deux titres.

Mais nous sommes disposé à penser qu'il y aurait avantage à établir entre eux des relations étroites en exigeant le doctorat ès sciences des candidats à l'agrégation, et en les dispensant de la thèse qui actuellement termine leurs épreuves. Cette thèse, œuvre de compilation à laquelle collaborent tous les amis du candidat, donne une idée très imparfaite de l'originalité de son talent et de son aptitude à creuser un sillon plus ou moins profond. La double thèse du doctorat ès sciences permettrait à ce point de vue de mieux le juger. Celle-ci ferait connaître le savant ; les épreuves spéciales à l'agrégation révéleraient les qualités du professeur. On ne pourrait plus désormais faire à l'agrégation le reproche mérité de comprimer l'initiative des candidats et d'étouffer en eux l'esprit d'originalité ; il leur serait permis de prendre leur essor, de voler de leurs propres ailes, d'affirmer leur personnalité et parfois celui qui *n'aurait pas son jury* s'imposerait ainsi à la fois à l'opinion publique et à ses juges. Si ce système eût été en vigueur quand Claude Bernard a concouru, il se fût sans doute révélé dans cette épreuve du doctorat, et au lieu d'être le fruit sec, il eût été l'honneur de l'agrégation. Par contre, pour emprunter un excellent argument à M. Renaut, si Bichat eût eu

---

était inutile si on négligeait d'en user, et qu'on en défendît l'usage où il s'agissait de choisir. Voilà, disait-il, les deux plus grands et les plus ordinaires défauts des hommes, savoir : la paresse et la présomption. Les uns croupissent lâchement dans une crasse ignorance, qui les met au-dessous des brutes ; les autres s'élèvent en tyrans sur l'esprit des simples, en leur donnant pour oracles éternels un monde de fausses pensées. C'est là la source de ces créances absurdes dont les hommes sont infatués, ce qui les divise les uns des autres, et ce qui s'oppose directement au but de la nature, qui est de les rendre uniformes, comme enfants d'une même mère. »

Puis Lucas nous montre Spinoza faisant la guerre à la superstition, et exposant les difficultés que l'on rencontre pour effacer « les fausses idées dont l'esprit de l'homme se remplit avant qu'il soit capable de juger les choses par lui-même. Sortir de cet abîme était, à son avis, un aussi grand miracle que celui de débrouiller le chaos. »

On le voit, sans qu'il soit besoin d'en citer davantage, ce qui ressort avant tout de cet intéressant opuscule de Lucas, c'est une admiration des plus sincères pour les vertus privées, les talents et le caractère de Spinoza, et cela fait à la fois l'éloge du philosophe et du disciple ami (1).

Un des hommes dont Spinoza combattit les doctrines avec le plus d'ardeur, René Descartes, la gloire de la philosophie française, a été lui aussi, mais tout récemment, l'objet de l'étude d'un médecin.

Le docteur Bertrand de St-Germain (Guillaume-Scipion), un contemporain, puisqu'il a été reçu docteur de la Faculté de Paris en 1840, a consacré un volume entier à étudier *Descartes considéré comme physiologiste et comme médecin*, in-8o, Paris, 1869. Daremberg, tout en rendant hommage à la pureté de style et à l'intérêt de cet ouvrage, a reproché à M. Bertrand de Saint-Germain d'avoir exagéré le rôle médical du philosophe.

M. Bertrand de St-Germain a publié d'autres travaux toujours soignés. Outre ses études sur la diversité originelle des *races humaines* et sur *la Manifestation de la vie et de l'intelligence à l'aide*

(1) On sait que l'un des autres disciples et des meilleurs amis de Spinoza fut aussi un médecin. Il s'agit de Louis Meyer, d'Amsterdam, l'auteur ou plutôt le signataire de cette *préface au bon lecteur* qui se trouve en tête de l'examen des *Principes de Philosophie de René Descartes*, par Spinoza.

à préparer un concours d'agrégation tel qu'il fonctionne de nos jours, il n'aurait certainement pas aujourd'hui sa statue dans la cour de l'École de médecine de Paris.

L'amoindrissement des Facultés de province par la nouvelle impulsion que le doctorat ès sciences médicales donnerait à la centralisation parisienne est une objection plus sérieuse. Nous avons dit plus haut que l'institution de ce doctorat suppose la création d'un haut enseignement, et cet enseignement ne peut évidemment être organisé qu'à Paris. Si le doctorat ès sciences est exigé des candidats à l'agrégation, il est certain que l'esprit traditionnel qui distingue telle Faculté de province finira par disparaître, et que la Faculté de médecine de Paris étendra ses doctrines par toute la France. Certes nous avons le plus profond respect pour les traditions des Ecoles; mais il faut reconnaître qu'au fur et à mesure que la médecine, appliquant les méthodes et les procédés des autres sciences, tend à substituer le fait expérimentalement démontré à l'hypothèse, aux conceptions *à priori*, les doctrines, les systèmes, tendent aussi à se fondre, à s'uniformiser, si bien qu'il devient de plus en plus difficile d'opposer telle Ecole à telle autre. La création d'un doctorat ès sciences médicales aura donc simplement pour effet d'activer peut-être un mouvement en voie de se produire et devenu inévitable.

Les Facultés de province conserveront la collation du seul grade professionnel, du doctorat en médecine, et cela pourra suffire à leur prospérité si la réorganisation générale de l'enseignement, qui ne peut manquer de s'imposer, supprime la plupart des Écoles secondaires et atténue un peu ce qu'on a appelé avec raison la pléthore parisienne. Nous ne pouvons qu'indiquer ces points en passant.

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à d'autres objections de second ordre adressées au doctorat ès sciences médicales. Il en est une seule dont nous dirons un mot et qui est tirée de la difficulté que présenterait l'institution des épreuves conduisant à ce titre. Si l'on généralise ces épreuves, dit-on, le doctorat ès sciences est comme une seconde édition considérablement amoindrie de l'agrégation; si on les spécialise, ce n'est pas un, mais plusieurs doctorats ès sciences qu'il faut créer, autant qu'il existe de sections distinctes dans les sciences médicales (anatomie, physiologie, physique et chimie, médecine, chirurgie, etc.).

L'objection est spécieuse. Si le candidat au doctorat, comme le candidat à l'agrégation, doit, ainsi que nous l'avons dit plus haut, faire preuve de connaissances générales, il a surtout à faire apprécier, sur le terrain spécial qu'il a choisi, l'originalité de ses recherches et le mérite de ses découvertes; le candidat à l'agrégation a principalement à donner la mesure de ses aptitudes professorales: la distinction, comme on voit, est assez profonde et la confusion entre les deux ordres d'épreuves impossible.

Les sciences physiques, les sciences naturelles, bien que comprenant différentes branches, n'ont respectivement qu'un doctorat; pourquoi en serait-il autrement pour les sciences biologiques? Un seul doctorat ès sciences biologiques suffit donc. Un botaniste, un zoologiste, également docteurs ès sciences naturelles, se spécialisent en empruntant le sujet de leur thèse à la botanique ou à la zoologie. De même le docteur ès sciences biologiques prendra rang, suivant le sujet qu'il aura traité, ou ses travaux ultérieurs, parmi les anatomistes, les physiologistes, les pathologistes, les hygiénistes, etc. L'objection tombe ainsi d'elle-même.

La circulaire du ministre de l'intérieur contient d'autres questions que le manque d'espace ne nous permet pas aujourd'hui d'aborder. Du reste, nous voulions surtout démontrer à nouveau l'utilité d'un doctorat ès sciences biologiques et répondre aux objections que ce projet a soulevées: nous croyons avoir rempli ces deux points de notre programme. Mais nous rappellerons en finissant, et nous ne saurions trop y insister, que la création de ce doctorat est inséparable d'autres réformes, plus urgentes encore, dans l'organisation de notre enseignement médical.

Dr F. DE RANSE.

COURS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. le docteur Straus, agrégé à la Faculté de médecine et désigné comme à l'improviste pour remplacer M. le professeur Bouchard pendant le semestre d'hiver, a commencé mercredi dernier son cours de pathologie générale, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Il a pris pour sujet de ses leçons l'étude des maladies infectieuses, la contagion et l'immunité. M. Straus

---

de l'organisation (1847), on a de ce médecin lettré une *Visite au château de Montaigne* (1850), une traduction de la *Protogæa* de Leibnitz, et une édition nouvelle du livre de Tissot *sur la Santé des Gens de lettres*.

Cabanis a eu pour biographe et éditeur le docteur Cerise (1). Laurent-Alexis-Philibert Cerise naquit à Aoste en 1809. Reçu docteur de l'Université de Turin à dix-neuf ans, il vint à Paris où en 1834 il fut autorisé à exercer la médecine. Outre les *Rapports du physique et du moral de l'homme*, de Cabanis, Cerise a édité, en les accompagnant également de notices biographiques, Roussel (*Système physique et moral de la femme*), et Bichat (*Recherches sur la vie et la mort*). Mais l'œuvre presque tout entière de Cerise est plutôt composée de travaux confinant à la philosophie. Disciple et fervent admirateur de Buchez, Cerise en fut aussi le collaborateur à l'EUROPEEN, *journal de morale et de philosophie*. Plus tard, quand vinrent pour Buchez les jours de malheur, Cerise, homme de cœur par excellence bienveillant et avant tout bienfaisant, resta l'ami fidèle de son ancien maître et l'un des plus dévoués.

(1) Édition des *Rapports du physique et du moral de l'homme* avec notice biographique.

Cerise, nommé en 1864, membre de l'Académie de médecine, dans la Section des Associations libres, est mort à Paris le 5 octobre 1869.

Ce médecin philosophe et biographe a trouvé à son tour un biographe en la personne de M. le docteur C.-E. Bourdin (de Choisy-le-Roi). Statisticien des plus distingués, philanthrope vénérable, le docteur Bourdin, qui a également publié de nombreux travaux sur la pathologie du système nerveux, a écrit une étude fort intéressante sur *Cerise, sa vie et ses œuvres*, Paris, 1872.

Plus près de nous encore, il y a quelques années, Pidoux ne se faisait-il pas l'éditeur d'un livre posthume de F. Huet? F. Huet, qui lui-même avait été le biographe de son ami et collaborateur Bordas-Dumoulin, restait l'un des rares représentants de cette école devenue presque sans disciples qui, à la suite de Buchez, avait généreusement et chaleureusement tenté l'alliance de la doctrine évangélique et des idées démocratiques écloses depuis la fin du siècle dernier. Pidoux, qui déjà avait donné ses soins médicaux dans son service, à l'hôpital, à Bordas-Dumoulin, a rendu également les derniers devoirs au point de vue moral aux pages posthumes de Huet.

Dr ALBERTUS.

possède admirablement son sujet, et il l'expose avec une clarté et une élégance qui donnent à ses leçons un attrait tout particulier. Une nombreuse assistance a témoigné à plusieurs reprises par ses applaudissements en quelle estime elle tenait le talent du jeune professeur, dont le succès a été complet. Le cours de M. Straus a lieu les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures.

A. R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quatre cas d'adénopathie cervicale.

Leçon clinique de M. Bouilly, recueillie à l'hôpital Necker par M. G. Assaky, interne du service.

Je désire attirer aujourd'hui votre attention sur quatre malades atteints d'affections ganglionnaires de la région cervicale. Ces affections diffèrent par leur nature, leur pronostic, leur traitement; elles ne présentent que ce caractère commun d'avoir toutes pour siège les ganglions cervicaux.

L'un de ces malades est couché au no 12 de notre salle des hommes. Nous allons l'opérer dans un instant.

Le second malade est un homme qui a déjà subi une opération et que vous pouvez voir au no 51 de la salle Saint-Pierre.

Notre troisième malade est un homme de 63 ans, qui occupe le lit no 24 de la même salle.

Enfin le quatrième cas nous est fourni par la jeune femme qui est couchée au no 1 de la salle Sainte-Marie.

On peut rapprocher, pour les comparer, les deux premiers cas du quatrième; ces trois malades sont atteints d'adénites scrofuleuses ou tuberculeuses, identiques par le fond, mais présentant dans leurs manifestations des aspects différents. Quant à notre homme de 63 ans, son cas est tout autre.

Notre premier malade est un type de l'affection dans sa plus grande simplicité. C'est un homme d'assez bon aspect, âgé de 37 ans, entré depuis plusieurs mois dans nos salles pour une tumeur fluctuante située au niveau de l'os hyoïde. Le diagnostic de cette tumeur avait présenté quelques difficultés; quel était le point de départ de cette collection purulente? Une lésion de l'os hyoïde? Une simple adénite? L'ouverture de l'abcès fut faite. Malgré des pansements méthodiques, la plaie ne marchait pas vers la cicatrisation. Plus tard on vit se développer sur les parties latérales du cou un gonflement qui finit par s'ouvrir et donner lieu à une fistulisation. Cette deuxième tumeur venait éclairer le diagnostic: on avait affaire à des adénites strumeuses, sans aucun doute.

Les phénomènes qui suivirent ne firent que confirmer ce diagnostic, car, après être sorti pendant quelque temps, le malade rentrait dans le service, portant sur le côté gauche du cou des trajets fistuleux et des décollements que recouvrait une peau amincie, violacée. Je lui fis subir alors, il y a environ trois semaines, une première opération; après avoir ouvert les trajets et la poche d'abcès, je grattai soigneusement avec la curette tranchante, en y revenant à plusieurs reprises, toutes ces parties recouvertes de fongosités, et j'excisai ensuite toutes les portions de peau qui, au pourtour des orifices fistuleux, me paraissaient suspectes. Drains, sutures métalliques et pansement de Lister; plus tard pansement à l'iodoforme. Ce traitement nous a donné des résultats remarquables. Notre malade est en bonne voie de guérison.

Cependant, depuis deux à trois mois, un nouveau ganglion évoluait à droite, au niveau de l'angle de la mâchoire; au moment de l'opération, il était constitué par deux parties: l'une centrale, fluctuante; l'autre périphérique et indurée. Aujourd'hui il est entièrement ramolli et il menace de s'ouvrir spontanément à l'extérieur. Aussi allons-nous intervenir en procédant comme nous l'avons fait la première fois.

Il s'agit donc, dans ce premier cas, d'adénites scrofuleuses ou tuberculeuses évoluant normalement vers la terminaison ordinaire, c'est-à-dire la formation de kystes purulents ganglionnaires. Ces kystes contiennent une quantité variable de pus, tandis que leurs parois sont toujours infiltrées de productions tuberculeuses, tubercules types ou simples nodules tuberculeux dont la présence explique suffisamment le peu de tendance des parties à la cicatrisation et justifie pleinement la pratique du grattage.

Ce malade va nous servir de point de comparaison avec notre second malade auquel j'ai déjà fait subir deux opérations et qui, lui aussi, est de bonne apparence et âgé d'environ 37 ans.

A son entrée, il portait sur la partie droite du cou une tuméfaction énorme dont la masse principale était grosse comme le poing, ulcérée en divers endroits, traversée de trajets fistuleux, adhérant fortement à la peau et se perdant dans les parties profondes par des prolongements multiples dont les uns se dirigeaient du côté du pharynx, d'autres sous le sterno-mastoïdien. La présence des ulcérations multiples et surtout du pus sanieux et mal lié qui s'écoulait des orifices fistuleux me firent rejeter l'idée d'une tumeur maligne.

J'entrepris, pour débarrasser le malade de cette grosseur, une opération à la curette. Toute dissection étant rendue impossible par le mode d'envahissement, les adhérences profondes que la tumeur avait contractées, il fallait songer en outre à la possibilité de léser un des gros troncs vasculaires de la région. Après l'ablation des fongosités, la résection de la peau, malade et le lavage de la plaie à la solution phéniquée forte je plaçai des drains, pratiquai des sutures et recouvris le tout d'un pansement de Lister. Pendant huit à dix jours, tout alla pour le mieux; la réunion superficielle était obtenue et la plaie marchait rapidement vers la cicatrisation. Mais au bout de ce temps les parties réunies se détruisirent et laissèrent à nu des fongosités bourgeonnantes envahies par la suppuration. Petit à petit la masse se régénérait, les bords de la plaie s'induraient et se renversaient en dehors, puis la peau s'amincissait, se décollait, et la suppuration profonde devenait de plus en plus abondante.

Les choses en arrivèrent à un point tel qu'il fallut faire une nouvelle opération un mois après la première, plus large et plus complète. Sous l'influence de la première opération, les masses fongueuses semblaient avoir pris un développement plus considérable. Nous fîmes, en nous aidant cette fois de curettes de diverses grandeurs, un curage complet qui nous mena jusqu'aux limites extrêmes du mal, nous fit côtoyer les carotides et pénétrer jusque dans les profondeurs des interstices musculaires: en avant sous le sterno-mastoïdien, en haut sous l'insertion supérieure du même muscle. J'excisai largement toute la peau qui semblait infiltrée de produits tuberculeux, je fis un lavage de la plaie avec la solution de chlorure de zinc au dixième, puis je la saupoudrai de poudre d'iodoforme qui,

vons le savez, a été donnée comme spécifique pour les cas de ce genre.

A la suite de cette seconde opération, nous vîmes se succéder exactement les mêmes phénomènes que lors de la première intervention; pendant huit à dix jours, il y eut apparence de cicatrisation. Puis la plaie fut envahie par des masses fongueuses végétantes et dures, les bords de la plaie s'épaissirent et se renversèrent; il s'écoulait de la plaie un liquide séro-purulent; nous avions perdu tout le bénéfice de cette nouvelle opération.

Quand on regarde maintenant cette tumeur ulcérée, la première idée qui vient à l'esprit, c'est qu'il s'agit là d'une tumeur maligne, d'un épithélioma ganglionnaire ou d'un lymphosarcome malin, qu'une blessure intempestive a accéléré dans sa marche. Je ne crois guère à cette hypothèse et je pense bien plutôt que nous avons affaire à une adénite tuberculeuse se présentant sous une forme spéciale dont il s'agit de rechercher la nature.

Tout tend à éliminer l'hypothèse d'une tumeur maligne. L'état général du malade n'est guère compatible avec l'idée d'un néoplasme. Notre homme est bien constitué, peu amaigri; il a le teint frais et a conservé un bon appétit.

L'épithélioma ganglionnaire primitif, extrêmement rare, est peu vraisemblable. On ne trouve d'autre part rien dans les organes, dont les lymphatiques se rendent aux ganglions cervicaux, qui puisse faire penser à un épithélioma secondaire. Notre tumeur n'est pas un lymphadénome, car on n'observe dans cette affection ni ulcérations spontanées, ni trajets fistuleux, ni décollements, ni suppuration.

Enfin, des signes d'une certaine valeur militent contre l'idée d'un néoplasme. Le malade ne s'est jamais plaint de douleurs; sa plaie n'a jamais été le siège d'aucune hémorrhagie et l'examen le plus attentif ne fait découvrir nulle part un engorgement ganglionnaire de voisinage.

Messieurs, en face de la façon toute particulière dont a évolué la maladie, de cette reproduction rapide malgré notre traitement local, en face des caractères singuliers que nous présente cette plaie dont les bords durs, calleux, renversés, entourent de grosses masses végétantes qui suintent plus qu'elles ne suppurent, je me suis demandé s'il ne fallait pas invoquer une influence que nous avions jusqu'à présent laissée de côté et si nous n'étions pas autorisé à attribuer à la syphilis une bonne part dans le développement de la lésion et des accidents locaux. Je serais assez porté à croire que nous avons sous les yeux un hybride syphilo-scrofuleux, résultat de la combinaison de la syphilis avec la scrofule contre lequel le traitement local est aussi impuissant que le traitement antiscrofuleux. Je ne serais pas étonné qu'un traitement ioduré méthodique amenât de grandes améliorations; j'ai prescrit au malade 2 grammes d'iodure de potassium par jour et dans quelques jours il sera mis à la dose de 4 à 6 grammes. Si ce traitement est suivi de succès, ce sera évidemment très heureux pour notre malade; si son action est nulle, nous restons désarmés contre cette lésion avec nos ressources thérapeutiques actuelles et surtout avec notre hygiène hospitalière.

Pour la jeune femme de la salle Sainte-Marie, la combinaison des deux diathèses n'est pas douteuse. Cette femme pâle, anémique, porte au côté gauche de son cou un gonflement considérable dans lequel les ganglions et le tissu périganglionnaire hypertrophiés sont confondus en une seule masse. La peau qui recouvre cette grosseur est saine, non adhérente et il n'y a aucune menace d'abcès. La malade est manifestement syphilitique; sa vérole est récente et remonte à 2—4 mois. Elle est en pleine période secondaire et présente plusieurs plaques muqueuses sur l'amygdale gauche. Ces plaques sont évidemment la cause du retentissement ganglionnaire.

Cependant, nous n'avons pas là la forme ordinaire de l'adénopathie syphilitique, caractérisée par des ganglions petits, isolés, indolents, au milieu d'un tissu cellulaire qui ne participe pas sensiblement à l'engorgement. Dans notre cas, l'adénopathie est hybride. La syphilis a touché les ganglions, mais la scrofule a mis son cachet sur cet engorgement et lui a imprimé une physionomie particulière. Cette connaissance entraîne l'indication d'une médication dans laquelle le mercure sera associé au fer, au quinquina, à l'huile de foie de morue, etc.

Je vais enfin vous parler de notre dernier malade, de cet homme de 63 ans, atteint d'une affection toute différente. Cet homme, vigoureux, peu amaigri, bien conservé encore, souffre depuis deux mois d'un mal de gorge qui s'accompagne d'une certaine gêne dans la déglutition. Vers la même époque se montra à gauche, vers l'angle de la mâchoire, une petite grosseur qui subit un accroissement rapide.

Aujourd'hui le malade a, au-dessous de la mâchoire, sur la partie latérale du cou, au devant du sterno-mastoïdien, une masse volumineuse grosse comme un œuf de poule, irrégulière, lobulée, d'une dureté ligneuse, envoyant des prolongements vers les parties profondes avec lesquelles elle a contracté des adhérences certaines; elle est douloureuse à la pression, surtout à la pression profonde.

Il est facile de reconnaître une adénopathie secondaire, de nature épithéliale. Mais quel en est le point de départ? J'ai bien trouvé à la base de la langue à gauche, au point où elle se confond avec le pilier antérieur du voile, une petite ulcération superficielle; mais je ne suis pas porté à la considérer comme la source de cet engorgement ganglionnaire. La gêne de la déglutition que le malade accuse, sa voix couverte et voilée font plutôt penser à un épithélioma œsophago-laryngien, situé sur la partie postérieure du larynx et antérieure de l'œsophage, là où les deux conduits ont une paroi commune à la hauteur du cricoïde ou au niveau des arythénoïdes. Je rejette l'épithélioma primitif du larynx à cause de l'engorgement ganglionnaire rapide; dans l'épithélioma du larynx les ganglions ne sont engorgés que tardivement, alors que le néoplasme a envahi les parties voisines, périlaryngiennes.

J'ai à peine besoin de vous dire que le pronostic de cette affection est extrêmement grave parce qu'elle est au-dessus des ressources de l'art. Toute opération serait inutile, car l'ablation des ganglions n'empêcherait pas le mal d'évoluer; elle serait dangereuse car l'adhérence et l'envahissement profond des ganglions malades nous conduiraient à intéresser des vaisseaux volumineux.

Mais nous devons prévoir certains accidents qui peuvent mener à une opération palliative. Souvent ces malades ont des accès de suffocation, des accidents dyspnéiques, revenant par accès et qui sont quelquefois mortels. Tiennent-ils à une irritation du pneumo gastrique ou du récurrent ou simplement à une compression? Toujours est-il que le cas échéant on est autorisé à pratiquer la trachéotomie d'urgence.

J'ai cru utile de rapprocher ces cas et de vous montrer, au cours de cette rapide étude :

1° Une adénite scrofuleuse pure et simple;

2. Une combinaison possible de la syphilis avec la scrofule ;

3. Une adénite développée certainement sous ces deux influences ;

4. Une adénopathie qui par ses caractères différentiels nous permet de diagnostiquer un cancer profond et partant de porter le pronostic en rapport avec la gravité générale de cette affection et la gravité particulière au siége de la lésion.

P.-S. — En dépit des raisons que j'ai données plus haut, il s'agissait chez le second malade dont j'ai rapporté l'histoire d'un épithélioma de la région cervicale ; l'examen microscopique tardivement pratiqué démontra la vraie nature de cette tumeur sur laquelle nous nous étions trompé.

G. B.

CLINIQUE MÉDICALE

FOYER DE RAMOLLISSEMENT INTÉRESSANT LA SCISSURE DE ROLANDO, LES CIRCONVOLUTIONS FRONTALE ET PARIÉTALE ASCENDANTES DANS LEUR TIERS MOYEN ; MONOPLÉGIE BRACHIALE PERSISTANTE ; ENCÉPHALITE SECONDAIRE DU FOYER ET DE SON POURTOUR : IRRITATION DU CENTRE MOTEUR DU FACIAL INFÉRIEUR ; ÉPILEPSIE PARTIELLE LIMITÉE AUX MUSCLES DE LA FACE CORRESPONDANTS DU CÔTÉ OPPOSÉ A LA LÉSION CÉRÉBRALE, par le Dr RAYMOND, médecin de l'hospice des Incurables.

L'étude détaillée des phénomènes cliniques, leur rapprochement minutieux des lésions trouvées à l'autopsie, permettent de réaliser chaque jour des progrès incontestables relatifs à la connaissance plus approfondie des affections nerveuses. Il en est ainsi surtout pour les localisations cérébrales. Sans rien préjuger de la doctrine physiologique, encore aujourd'hui sujette à discussion, l'on peut dire que, sous l'influence des travaux de l'Ecole de la Salpêtrière, travaux qui ont amené, aussi bien à l'étranger qu'en France, la publication d'un nombre considérable de documents concernant ce sujet, la plupart des centres moteurs, les principaux même des centres moteurs cérébraux sont actuellement connus.

Néanmoins les observations restent relativement peu communes, dans lesquelles un centre moteur est lésé seul à l'exclusion des autres ; les cas sont relativement peu nombreux qui affirment, comme le nôtre, une localisation nette, précise, indiscutable. Avant tout commentaire, avant de rapprocher la lésion des symptômes, avant de comparer notre observation à celles analogues ou identiques relatées jusqu'ici, nous désirons exposer dans tous ses détails l'histoire de notre malade ; il sera ensuite plus facile de reprendre un à un les faits sur lesquels nous tenons à insister.

Observation — L..., 68 ans, peintre en bâtiments, entre à l'infirmerie de l'hospice des Incurables à Ivry, le 26 mai 1882, pour une hémiplégie complète à droite, avec embarras de la parole existant depuis deux jours.

Choréique de 10 à 12 ans, cet homme n'a, dit-il, jamais eu la syphilis ; il ne porte du reste aucune trace de cette maladie ; il n'a jamais eu non plus de manifestations rhumatismales ; il ne s'avoue point alcoolique. Bref, l'existence d'une chorée qui dura 24 mois est la seule manifestation morbide que l'on retrouve dans ses antécédents personnels jusqu'en 1878. Les antécédents héréditaires ne présentent, eux aussi, aucune particularité digne de nous arrêter.

En 1878, il fut frappé, subitement, au milieu de son travail, d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche ; cette hémiplégie disparut vite du reste, car à peu de temps du début des accidents, trois ou quatre semaines après, le malade put reprendre son travail, ne conservant de l'attaque qu'une faiblesse musculaire peu appréciable et qui se dissipa rapidement.

En 1880, une attaque nouvelle survint, avec hémiplégie droite portant à la fois sur la face et les membres ; de plus, léger embarras de la parole. — Ce dernier symptôme dura peu, ainsi que la paralysie faciale et la paralysie du membre inférieur ; la paralysie du membre supérieur se montra, au contraire, plus tenace ; elle persistait encore deux ans plus tard, le 24 mai 1882 ; à cette époque légère rigidité des membres. Ce jour même, au matin, le malade a été trouvé dans son lit incapable de mouvoir les membres du côté droit, incapable de prononcer un seul mot, et c'est en cet état qu'il a été transporté à l'infirmerie de l'hospice.

Etat actuel. — La motilité volontaire, au moment de notre examen, est abolie dans tout le côté droit du corps ; le membre inférieur ne peut se détacher du plan du lit ; le membre supérieur présente, comme avant, un certain degré de roideur. La commissure labiale droite est abaissée ; la bouche est tirée vers la gauche ; l'aile droite des narines est tombante ; la joue droite, flasque, flotte inerte chaque fois que le courant d'air respiratoire parcourt la cavité buccale, symptômes sous la dépendance du facial inférieur, qui contrastent très nettement avec l'intégrité des muscles animés par le facial supérieur.

La langue est légèrement déviée vers la droite ; le malade bredouille des mots incompréhensibles, quoique son intelligence semble intacte.

La sensibilité générale, les sensibilités spéciales, sont conservées dans tous leurs modes, à droite comme à gauche ; aucun trouble des muscles de l'œil ; aucun trouble, ni de la vue ni de l'accommodation.

Le réflexe cutané persiste des deux côtés du corps ; le réflexe patellaire est aboli du côté paralysé. Rien du côté de la vessie, rien du côté du rectum. Point de troubles trophiques, les artères sont légèrement athéromateuses. Rien au cœur ; urines normales.

Les poumons sont le siége d'une congestion assez intense aux deux bases.

Jamais le malade n'a éprouvé de troubles digestifs ; jamais il n'a eu d'hématémèse, de melæna, d'ictère ; cependant la région gastro-hépatique est renitente, légèrement douloureuse. La face supérieure du foie est le siége de nodosités bien évidentes par la palpation.

Aucun changement ne s'était encore manifesté dans l'état du malade lorsque, le 1er juin, il fut pris d'accès passagers de convulsions cloniques, accès localisés aux muscles animés par le facial inférieur droit. Ces convulsions, spontanées, ou survenant au contraire à propos de la moindre excitation, du moindre attouchement (dans les divers mouvements des muscles de la face ; dans la phonation par exemple à propos du jeu des lèvres), donnent au masque facial les expressions les plus variées, les plus bizarres ; elles restent toujours localisées dans le domaine du facial inférieur en respectant les muscles de la partie supérieure du visage, l'orbiculaire palpébral en particulier. Elles se renouvellent le premier jour, trois fois environ dans les vingt-quatre heures. Elles apparaissent encore les jours suivants jusqu'au 16 juin, jour de la mort du malade, qui succombe à une attaque nouvelle d'apoplexie, avec congestion pulmonaire très accusée.

Autopsie. — Les os du crâne sont absolument sains. L'incision de la dure-mère laisse écouler une petite quantité de liquide opalescent.

Les deux hémisphères cérébraux ont le même volume, la même conformation extérieure ; les méninges adhèrent à la substance cérébrale, en divers points, au niveau des foyers de ramollissement que nous allons signaler.

Celui qui attire de prérence notre attention, celui qui a

tenu sous sa dépendance les phénomènes que nous avons observés plusieurs fois, lors du séjour du malade à l'infirmerie, ainsi que les symptômes particuliers apparus il y a deux ans, siège sur l'hémisphère gauche, au niveau de la zone motrice ; il est, du reste, le seul que l'on rencontre sur toute la surface de l'hémisphère. De forme ovalaire, il occupe la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Pour passer de l'une à l'autre de ces circonvolutions, il s'enfonce dans la scissure de Rolando, en ne dépassant point, en profondeur, l'écorce grise cérébrale.

Un foyer, de même nature, siége au niveau des circonvolutions d'enceinte de la scissure de Sylvius, à *droite*; il s'étend, après avoir envahi la première temporale, jusqu'au lobule pariétal inférieur, et s'avance pour toucher légèrement le lobule pariétal supérieur; en avant, enfin, il se prolonge pour atteindre, quelque peu, le pied des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Un foyer identique se trouve sur la troisième circonvolution occipitale.

Les artères de la base sont profondément athéromateuses.

Au niveau et au pourtour du foyer qui occupe les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches, il existe une zone très nette d'encéphalite secondaire : les vaisseaux sont injectés, la substance cérébrale ramollie et en deux ou trois points se voient de petites hémorrhagies punctiformes.

Les poumons, très adhérents aux sommets, sont denses, friables, gorgés de sang aux bases.

La valvule mitrale est légèrement épaissie ; les valvules aortiques présentent quelques petits noyaux indurés, de consistance calcaire ; il y a quelques plaques d'athérome dans l'aorte.

Les reins sont peu altérés : les pyramides ont conservé leur aspect normal ou à peu prés ; la substance corticale est augmentée de volume ; la capsule adhérente se détache difficilement.

La région cardiaque de l'*estomac* est le siège d'un épithélioma reconnaissable à l'œil nu et au microscope.

Le *foie* présente, à sa surface et à la coupe, des noyaux développés sans doute secondairement à la lésion stomacale et reconnus, du reste, pendant la vie.

Le gros et le petit *intestin*, la *rate*, les autres organes sont sains.

— Négligeant les lésions de l'hémisphère droit et les symptômes paralytiques qui en ont été la conséquence du côté gauche du corps, si nous envisageons la lésion seule de l'hémisphère gauche et les symptômes qu'elle tenait sous sa dépendance, paralysie des membres et de la face à droite, nous pouvons résumer ainsi cette partie de notre observation : *Hémiplégie complète de tout le côté droit du corps en 1880 ; disparition rapide des symptômes paralytiques, à la face et au membre inférieur* ; PERSISTANCE DE L'AKINÉSIE *au membre supérieur jusqu'en 1882, époque à laquelle la paralysie reparaît subitement au milieu d'une attaque d'apoplexie*. Une lésion unique, limitée, nettement circonscrite sur l'hémisphère gauche, tenait sous sa dépendance tous ces symptômes ; voyons si elle est susceptible, à elle seule, de les expliquer.

Pour cela faire, au lieu d'envisager, en masse, tout le tableau clinique, disséquons, pour ainsi dire, un à un, tous ses symptômes ; examinons, un à un, et successivement, tous ses traits principaux.

Dès l'attaque, qui frappa le côté droit du corps, la *paralysie* fut plus *marquée*, avons-nous dit, au *membre supérieur* ; elle *persista* dans ce membre jusqu'à l'attaque suivante (2 ans plus tard) alors que la face et le membre inférieur avaient depuis longtemps recouvré l'intégrité entière de leurs fonctions. Le siège du ramollissement (tiers moyen des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes ; scissure de Rolando), rend compte suffisamment de ces phénomènes : la paralysie du bras a été *plus tenace, persistante*, parce qu'une *lésion persistante, destructive, irréparable*, existait au niveau du *centre moteur du membre supérieur*, centre que les expériences physiologiques et les observations cliniques (Bourdon, Oudin, Kingrose, Sabourin, Darolles, Verneuil, etc.,) permettent de localiser, d'une façon précise, en la région même où était placée la zone de ramollissement dans le cas que nous rapportons ici.

Cette zone de ramollissement semble avoir existé dès 1880 ; la paralysie persistante du membre supérieur en témoigne. L'artère oblitérée, en ce point, d'une façon persistante, a donné lieu à un ramollissement et à une monoplégie permanente, tandis que, dans le département vasculaire en aval et en amont de l'obstacle, le rétablissement, par anastomoses périphériques, a permis le retour *ad integrum* des centres correspondants (membre inférieur, face).

L'examen nécroscopique témoigne de la présence indéniable d'une zone d'encéphalite secondaire au niveau, et surtout dans la partie déclive du foyer nécrobiosé. Si l'on se rappelle que le centre moteur du facial inférieur est situé au-dessous du centre moteur du membre supérieur, on explique aisément les symptômes convulsifs localisés à la face : inflammation, hyperexcitabilité du centre facial, convulsions.

Notre observation, au point de vue des localisations, est donc doublement intéressante : *elle montre le siège exact du centre moteur du membre supérieur ; elle indique d'une façon positive le centre des mouvements du facial inférieur.*

Celui-ci, MM. Charcot et Pitres l'ont prouvé d'une façon certaine, a son siège dans le tiers inférieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes ; des observations nombreuses, celles entre autres de Landouzy, qui a vu des convulsions de la face survenir lorsque la méningite approchait de la région qui nous occupe, plaident dans ce sens.

Mais comme le remarque Ballet, à propos du fait qu'il rapporte dans le PROGRÈS MÉDICAL, les observations sont rares dans lesquelles il est donné d'observer une *lésion limitée*, exactement *circonscrite* au centre facial inférieur ; les cas de l'auteur que nous venons de citer, ceux de Vernher, de Dugout-Bally, celui de Hitzig qui a vu des convulsions de la face consécutives à un abcès du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, sont à peu près les seuls qui permettent une localisation précise. A ce titre encore, notre observation nous paraît digne d'intérêt, puisqu'une sorte d'hyperémie exactement limitée an centre facial tel qu'il est admis par MM. Charcot et Pitres dans leur mémoire, s'accompagnait, pendant la vie, de convulsions *absolument* localisées dans le domaine des muscles correspondants.

Nous donnerons, prochainement, l'observation, avec autopsie, d'un cas d'épilepsie partielle limitée n'ayant occupé que le membre inférieur.

Bibliographie.

BALLET : Progrès médical, 1880.

CHARCOT ET PITRES : Revue mensuelle, 1877.

FOURNIER : Epilepsie syphilitique tertiaire. — Cliniques de Lourcine. Paris, 1876.

CLOZEL DE BOYER : Etudes cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux. Thèse de Paris, 1879.

HITZIG : Archiv. für psychiatrie, und nerven Krankeiten, 1870.

VERNHER : Archiv. f. path., an LVI.

LANDOUZY : Thèse de doctorat. Paris, 1876. Contribntion à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales.

RENDU ET GOMBAULT : Revue des sciences médicales, 1876.

GREFFIER : Thèse de Paris, 1882. Etnde sur l'épilepsie partielle.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Syphilis — Blennorrhagie — Vaginite

I. MICRO-ORGANISMES DANS LES PRODUCTIONS SYPHILITIQUES (GOMMES ET CONDYLOMES), par M. BIRCH-HIRSCHFELD (1).— II. UN EXEMPLE DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE, par le prof. NEUMANN. (2) — III. CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE DE LA BLENNORRHAGIE URÉTHRALE, par BOCKHARDT (3). — IV. LA VULVO-VAGINITE SPÉCIFIQUE DES PETITES FILLES ET SON TRAITEMENT, par R. POTT (4).

BIRCH-HIRSCHFELD a examiné au microscope un certain nombre de gommes syphilitiques. L'examen était pratiqné sur des pièces fraîches et sur d'autres durcies dans l'alcool, et a donné comme résultat constant la présence de micro-organismes dans les productions gommeuses examinées. Ces micro-organismes étaient surtout faciles à découvrir sur les limites du tissu à granulations et de la partie centrale caséifiée de la coupe, là où les cellules fusiformes et arrondies du tissu à granulations étaient plus rares et moins serrées.

Les microbes étaient réunis par groupes. Avec un grossissement suffisant on pouvait distinguer les éléments constituants de ces agrégats, qui paraissaient être des coccus. Au milieu d'autres agrégats, on découvrait, il est vrai, des bâtonnets. Mais dans sa seconde communication, l'auteur annonce qu'une étude plus attentive de préparations fraîches lui a fait reconnaître que ces formes allongées, qu'il avait prises pour des *bacillus*, n'étaient, en réalité, que des coccus réunis en série linéaire. Ces coccus ont une forme ovalaire allongée et, en se soudant les uns aux autres, ils donnent facilement l'illusion d'un bâtonnet unique. Les bâtonnets aperçus une première fois par l'auteur résultent le plus souvent de l'accolement de deux coccus, exceptionnellement de trois et de quatre, ce qui concorde avec les résultats des recherches d'Aufrecbt qui a signalé dans les condylomes plats la présence de micro-organismes ayant la forme de diplocoques.

Pour ces recherches, l'auteur a eu recours au durcissement dans l'alcool, à la coloration par la fuchsine et à l'emploi de l'huile d'œillette, pour donner plus de netteté aux préparations.

— Le professeur NEUMANN (de Vienne) a vu une jeune fille de 17 ans, ayant conservé tous les attribnts de la virginité, très anémique, se sentant malade depuis l'âge de 10 ans, qui avait le nez, la joue droite et la lèvre supérieure parsemée de brides cicatritielles dures, s'entrecroisant en forme de réseau; dans les mailles de ce réseau se voyaient des gronpes de petites nodosités brunâtres, dont quelques-unes reconvertes de croûtes. L'apophyse nasale dn maxillaire supérieure était hypertrophiée de chaque côté. La muqueuse nasale, d'une grande sécheresse, était, par endroits, reconverte de croûtes ; il existait une perforation de la cloison, et nne autre, du volume d'une lentille, sur le voile du palais. Le bord saillant du tibia était douloureux à la pression.

L'auteur voit dans ce fait un exemple de syphilis héréditaire tardive, et il rappelle à ce propos que celle-ci survient le plus sonvent entre la quatorzième et la vingtième année, ou à un âge plus avancé encore, par exemple à l'occasion d'une première grossesse, voire à l'époque de la ménopanse. Cette syphilis tardive se manifeste communément par une anémie grave, par des engorgements ganglionnaires, qnelqnefois par de la kératite, très souvent par de l'ozène, par des perforations, des manifestations d'ordre inflammatoire du côté des os, par des gommes, du rupia.

— Nous avons rendu compte, dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, d'une expérience d'inoculation pratiquée sur une femme avec des produits de culture du micro-organisme de l'érysipèle. Une tentative du même geure a été faite par M. Bockhart avec le virus de la hlennorrhagie. On a réussi à isoler et à cultiver le microcoque, germe de cette affection contagieuse. Bockhart en a profité pour inoculer les produits de culture (quatrième génération) sur la muqneuse urétbrale d'un homme de 48 ans, affecté de paralysie générale à la dernière période, et dont on attendait la mort d'un jour à l'autre, ajoute M. Bockhart pour son excuse. Quarante-huit heures après l'inoculation, une légère rougeur se montra au méat urinaire, et en pressant sur le fond on faisait sourdre par l'orifice externe une petite quantité de sérosité ; le lendemain la pression du gland faisait apparaître au méat une gouttelette de pus. Le sixième jour après l'inoculation, l'entrée du canal de l'urèthre était obstruée par suite de l'agglutination de ses parois ; en pressant sur la verge du malade, on en fit sortir pas moins de dix-sept centimètres cubes de matière purulente. Au neuvième jour, la sécrétion avait un peu dimmué d'abondance, lorsque vint à se déclarer une pneumonie hypostatique qui emporta le malade dans l'espace de trois jours.

A l'autopsie on trouva la muqueuse uréthrale, mais surtout la fossette naviculaire, tapissée par une sécrétion purulente et hémorrhagique très visqueuse. Du vivant du malade, l'examen microscopique avait laissé voir dans le pus sécrété par l'urèbre la présence d'un grand nombre de coccus, ayant la forme de grains de semoule que Neisser a assignée aux microcoques de la gonorrhée. Sur des conpes de la muqueuse uréthrale et du tissu sous-muqneux, on déconvrait une infiltration très dense du tissu par des globules blancs émigrés. Sur des fragments de muqueuse provenant de la fossette naviculaire, les noyaux des globules blancs étaient envahis par des colonies de microcoques ; on en comptait jusqu'à 14 dans un même noyau. Les vaisseaux lymphatiques et les espaces plasmatiques étaient obstrués par de véritables thrombus formés par les colonies de microcoques, mais on n'en découvrait pas dans les cellules de l'épithélium.

— D'après les recherches de M. POTT, la vulvo-vaginite, qu'on observe chez les petites filles ayant dépassé la période de la première enfance, et qui persiste pendant des mois sous

(1) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WISSENSCH., 1882, nos 33 et 44.
(2) ALLGEMEINE WIENER MED. ZEITUNG, 1882, no 28.
(3) SITZUNGSBERICHTE DER WÜRZB. PHYS. MED. GESELLSCHAFT, sept. 1882 et DEUT. MED WOCHENSCHR., 1882, no 49.
(4) JAHRBUCH FÜR KINDERHEILKUNDE, T. XIX, fasc. 1, 1882.

forme d'un catarrhe purulent rebelle aux médications communément employées, serait presque toujours d'origine spécifique, le produit de la contagion d'une blennorrhagie (des parents) ou l'expression d'une syphilis congénitale latente. Dans le peuple règne encore un préjugé funeste qui consiste à croire que le coït avec une fille vierge guérit de la blennorrhagie: Bien des petites filles sont victimes de ce préjugé, quelquefois au sein de leur propre famille. Mais sans tenir compte de ces cas dans les familles pauvres, où règne une grande promiscuité, ou un même lit sert souvent de couche à toute une famille, les enfants sont exposés aux atteintes de la contagion médiate quand le père ou la mère ont un écoulement blennorrhagique. Le pus qui souille les draps est transporté par les doigts des enfants sur les muqueuses, et la conformation même des parties génitales explique pourquoi la contagion est plus fréquente chez les petites filles que chez les garçons.

Telle est l'opinion de M. Pott, que l'auteur aura sans doute de la peine à faire partager par la généralité des médecins d'enfants. Ces idées sur la nature de la vulvo-vaginite des petites filles l'ont conduit à tenter un traitement de cette affection par l'iodoforme, qui ne serait rien moins qu'héroïque. (Voir au *Formulaire*.)

E. R.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE

TRAVAUX DES SECTIONS

3e section (Présidence de MM. DENIS-MONNIER, EMILE ADOR et EMILE REVERDIN.

Suite. — Voir les numéros 38, 39, 40, 41, 42, 44 48, 49 et 50.

M. le professeur BROUARDEL, de Paris, signale à l'attention des hygiénistes les cas très fréquents d'*intoxication par des produits ingérés journellement à petites doses* (plomb, mercure, arsenic, fuchsine, acide salicylique). De ce qu'une dose massive d'un agent toxique n'empoisonne pas un homme ou un animal, il ne s'ensuit pas que des doses même inférieures, mais journalières ne ce produit ne puissent avoir des inconvénients. M. Brouardel cite un exemple frappant de l'usage d'un toxique à base d'acétate de plomb employé vulgairement contre les gerçures du sein (remède Lacour) Un enfant peut, en prenant le sein, absorber jusqu'à 0 gr. 10 et 0 gr. 20 de plomb par jour. Quant au salicylate de soude, qui a fait l'objet d'études très intéressantes de la part de M. Dubrisay, M. Brouardel fait observer qu'il ne présente pas d'inconvénient chez les sujets seuls qui ont des reins en bon état; de plus, cette substance s'élimine bien plus vite (un jour) chez les enfants que chez les vieillards, puisque chez des invalides on retrouvé du salicylate de soude dans les urines huit à dix jours après l'ingestion, enfin on a cité (MM. Bucquoy, Hutinel etc.) des cas d'avortement imputables à l'emploi de ce médicament.

M. VLEMINCKX, de Bruxelles, propose aux membres de la 3e section; de s'associer aux conclusions du mémoire de M. Brouardel, en émettant le vœu suivant qui a été présenté ensuite et adopté en séance générale:

Le Congrès, considérant que la falsification des denrées alimentaires, utilisant les découvertes les plus récentes de la chimie, est entrée dans une ère véritablement scientifique et qu'elle est industriellement soutenue par de grands capitaux, que les pénalités opposées anciennement à ces falsifications ne répondent plus à l'état actuel et sont à peu près illusoires, que les intérêts de protection des diverses nations sont absolument solidaires, qu'il y a danger à ce que l'état de la législation permette à ces industries, poursuivies dans un pays, de trouver un refuge dans les pays voisins, propose qu'au prochain Congrès la question soit mise de nouveau à l'ordre du jour, afin que les représentants des diverses nations apportent les textes des législations en vigueur chez elles, de façon à pouvoir étudier les mesures à prendre d'une façon internationale.

— M. le professeur L. PAGLIANI, de Turin, a lu les conclusions d'un mémoire fort important sur l'influence que peuvent avoir en l'hygiène les recherches météorologiques.

M. le docteur FAROLLI, de Florence, ajoute quelques observations sur le même sujet.

— M. EMILE TRÉLAT, de Paris, fait une très intéresssante communication sur *les avantages et les inconvénients de la perméabilité des parois dans les constructions habitées.*

M. ADOLPHE SMITH, de Londres, affirme l'utilité pour les murs extérieurs de la perméabilité à l'air. En Angleterre, pays à climat humide, on a dû chercher à exclure l'humidité tout en laissant passer l'air. Ce but a été atteint par un chimiste J.-B. Orr, qui a imaginé de faire une détrempe non toxique à l'aide d'un mélange huileux coupé avec un alcali caustique pour permettre une solution facile dans l'eau (un silicate contenant en suspension de l'oxysulfure de zinc). Les particules granulées qui se vitrifient sur les parois des murs empêchent le passage de l'eau, mais laissent un libre cours à l'air. Cette détrempe est connue dans le commerce sous le nom de détrempe Duresco.

M. E. VALLIN, de Paris, est surpris de voir que M. Trélat considère la porosité comme un moyen de conserver la salubrité. Les murs sont des éponges aussi bien pour les miasmes que pour l'air Les murs qui pleurent ont l'avantage de forcer les habitants à les nettoyer et, par contre, à enlever les miasmes. Il faut n'utiliser la porosité que comme matelas d'air pour retenir la chaleur; il suffit pour cela de mettre un enduit à l'intérieur et à l'extérieur du mur préalablement séché. Le bois doit être proscrit des habitations, car il recueille les miasmes.

Pour M. VAN OVERBECK DE MEYER (d'Utrecht), qui a contrôlé et vérifié l'exactitude des belles recherches de M. Pettenkoffer, les enduits sont illusoires pour éviter les miasmes. Là, où la ventilation n'est pas très active, il faut employer pour les constructions une matière aussi poreuse que possible.

M. TRÉLAT veut de la perméabilité à l'extérieur des murs et de l'imperméabilité à l'intérieur.

M. HERSCHER croit dangereux de compter sur la perméabilité des parois comme moyen de ventilation.

M. BOURRIT, de Genève, attire l'attention sur un système de toitures en ciment ligneux qui empêcherait d'une façon absolue l'humidité des habitations.

(A suivre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 décembre 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — L'OPHTALMIE PURULENTE FACTICE PRODUITE PAR LA LIANE A RÉGLISSE OU JEQUIRITY. Mémoire de M. MOURA-BAZIL, présenté par M. WURTZ. (Extrait).

J'ai fait, avec les graines de la liane à réglisse, de nombreuses expériences, qui confirment la faculté de cette légumineuse, signalée par M. de Wecker dans une Note adressée à l'Académie le 9

août. Ces expériences ont consisté à provoquer artificiellement une inflammatioo purulente de la coojonctive, susceptihle d'être avantageusement utilisée dans la thérapeutique oculaire.

Je joins à mon Mémoire un travail de M. Silva Aranjo, concernant l'examen microscopique des infusions et macérations des graines du jequirity, ainsi que des exudats membraneux que les lotions, avec l'infusion des graines de cette liane, produisent sur la conjonctive. Cet examen démontre que ces infusions et macérations des graines du jequirity renferment, en très grand nombre, des gonidies qui se développent en abondance sur la conjonctive lotionnés avec l'infusioo et qui sont probablement la cause de l'état de purulence dont la muqueuse devient le siège.

PHYSIOLOGIE ANIMALE. — INFLUENCE DE L'EXCITABILITÉ DU MUSCLE SUR SON TRAVAIL MÉCANIQUE. — Note de M. M. MENDELSSOHN.

Conclusion : 1. Pour un poids déterminé, c'est-à-dire pour une certaine tension donnée au muscle, le travail mécanique d'une *contraction unique* d'un muscle «plus excitable» est plus grand que celui d'un muscle dont l'excitabilité est normale. C'est le contraire pour un muscle dont l'excitabilité a diminué. Ce fait s'observe surtout lorsque le poids soulevé est peu considérable ; mais il n'en est pas moins constant avec des poids plus grands, et alors les hauteurs de soulèvement sont ordinairement moindres.

2. Le nombre de travaux successifs qu'un muscle chargé d'un poids donné peut exécuter jusqu'à son épuisement, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ne soit plus en état de produire aucun travail, est moins grand pour un muscle « plus excitable » que pour celui dont l'excitabilité est normale. Cela démontre qu'un muscle plus excitable *s'épuise plus rapidement*, pour une série de travaux donnés, qu'un muscle normal. Le même fait s'observe dans un muscle dont l'excitabilité est sensiblement diminuée, tandis qu'un muscle dont l'excitabilité n'est qu'un peu au-dessous de la normale peut produire un nombre de travaux égal à celui d'un mnscle normal, ne différant de ce dernier que par la plus petite valeur de chacun des travaux considérés isolement.

3. La *somme totale* d'uoe série de travaux successifs, exécutés par un muscle chargé d'un poids donné, jusqu'à son épuisement, est moins grande pour un muscle « plus excitable » que pour un muscle normal. Cela tient évidemment à la diminution du nombre des travaux que le muscle plus excitable effectue, bien que les hauteurs de soulèvement soient plus grandes. Un muscle dont l'excitabilité est considérablement diminuée donne aussi un travail total beaucoup moindre qu'un muscle normal; car, dans ce cas, le nombre des travaux et les hauteurs de soulèvement sont également diminués.

4. La *durée* pendant laquelle le muscle, soumis à une charge donnée, est en état d'exécuter une série de travaux, jusqu'à son épuisement, est moins longue pour un muscle « plus excitable » que pour un muscle normal. Ainsi, ce dernier, étant excité trois fois par minute, peut soulever un poids de 15 gr. pendant quatre-vingt-quatre minutes, tandis que le premier, toutes conditions restant égales, ne soulèvera ce poids que pendant vingt-six minutes. Le même fait s'observe dans un muscle dont l'excitabilité a sensiblement diminué. Dans tous ces cas, la diminution de cette durée s'opère plus rapidement et d'une façon plus évidente avec un grand poids qu'avec un poids peu considérable.

5. L'augmentation du travail mécanique du muscle « plus excitable » soumis à des *charges croissantes*, a lieu surtout pour les faibles charges; elle est peu considérable et elle cesse tout à fait quand les poids deviennent très grands, cas dans lequel la diminution de la hauteur de soulèvement diminue notablement la valeur du travail mécanique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend : 1° Des lettres de MM. les docteurs Féréol et Charles Brame, qui se porteot candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale; 2° Une lettre de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault), qui pose sa candidature à une place de correspondant dans la division de médecine.

— ELECTIONS. — L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire daos la section de pathologie médicale.

La commission présente en première ligne M. Potain; en deuxième, M. Siredey; en troisième, M. Lecorché; en quatrième, M. Cadet de Gassicourt; en cinquième, M. Ball, et en sixième, M. Bouchard.

Le nombre des votants étant de 76, la majorité est de 39 : M. Potain obtient 40 suffrages; M. Siredey 18; M. Ball 12; M. Cadet de Gassicourt 3; M. Lecorché 2; M. Bouchard 1.

En conséquence, M. Potain, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire.

— RENOUVELLEMENT DU BUREAU ET DU CONSEIL. — L'Académie procède ensuite, également par la voie du scrutin :

1° A l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Hardy, qui devient de droit président pour l'année 1883.

Le nombre des votants étant de 78, la majorité est de 40 : M. Alphonse Guérin obtient 69 suffrages; M. Verneuil 4; M. Fauvel 2; M. Jules Guérin 1; M. Noël Gueneau de Mussy 1; M. Rochard 1.

En conséquence M. Alphonse Guérin, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année prochaine.

2° A l'élection d'un secrétaire annuel en remplacement de M. Bergeron.

Le nombre des votants étant de 69, la majorité est de 35 : M. Proust obtient 41 suffrages; M. Besnier 12; M. Parrot 3; M. Léon Colin 2; M. Gariel 1; M. Bucquoy 1; M. Chéreau 1; M. Duplay 1; M. Moutard-Martin 1.

En conséquence, M. Proust, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé secrétaire annuel pour l'année 1883

3° A l'élection de deux membres du conseil, en remplacement des membres sortants. Sont nommés MM. Hervieux et Maurice Perrin.

— DE LA VALEUR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER EN CAS DE MORT IMMINENTE PAR HÉMORRHAGIE. — M. HATEM. Lorsqu'on fait subir à un chien une hémorrhagie assez abondante pour déterminer immédiatement l'apparition de grandes convulsions tétaniques, qui sont l'annonce d'une mort fatale et prochaine, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent conjurer le péril et ne sont suivies d'aucune action durable. Cependant, en pareil cas, la transfusion faite avec du saog complet produit une véritable résurrection.

Les résultats sont tout aussi négatifs lorsqu'on retire aux animaux une quantité de sang calculée de telle sorte (1/19 du poids du corps) qu'après l'hémorragie, ils se trouvent daos un état presque à la limite entre la mort et la survie possible.

Dans cette dernière condition d'inefficacité des injections d'éther, non seulement la transfusion du sang complet assure la survie des animaux, mais encore, dans certains cas, le même résultat peut être obtenu par la dilution du sang restant dans l'organisme avec du sérum naturel emprunté à un animal de la même espèce.

Il n'est donc pas exact de dire que la transfusion du sang est une opération inutile, pouvant être remplacée par la stimulation que provoque l'éther employé en injections sous-cutanées.

Cette stimulation ne se traduit d'ailleurs que par un accroissement dans l'énergie des contractions cardiaques et une accélération notable du nombre des pulsations ; elle n'entraîne ni élévation de la pression du sang, ni augmentation de la température rectale.

— M. BONNEFOY (de Roanne), lit un travail sur un APPAREIL LIT-BRANCARD qu'il présente à l'Académie.

La séance est levée à 5 h. 15.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1882. — Présidence de M. LÉON LABBÉ.

DU JEQUIRITI DANS LE TRAITEMENT DES GRANULATIONS DE LA CONJONCTIVE. — M. TERRIER lit un rapport sur un mémoire de M. José Cardosa, de Rio-Janeiro, traitant de l'emploi de cette plante. Le Jequiriti est une plante de la famille des légumineuses, dont on fait infuser la graine; cette infusion, employée en lotion, dans le cas de conjonctivite granuleuse, détermine une inflammation aiguë, et même, si on l'emploie à doses trop fortes elle peut causer des accidents graves. M. de Wecker l'avait déjà expérimentée avec des résultats assez satisfaisants. M. Terrier l'a employée dans un cas, et il a déterminé une conjonctivite purulente intense qui s'est guérie, sans que les granulations aient subi la moindre amélioration. — En résumé, c'est une méthode qui semble avoir donné de bons résultats dans certains cas, que l'on peut employer mais avec prudence.

M. DESPRÉS fait remarquer que tous les traitements qui ont été employés jusqu'à ce jour contre la granulation de la conjonctive, un seul donne de bons résultats, c'est l'excision de ces granulations, lorsqu'elles sont chroniques, car lorsqu'elles sont inflammatoires elles peuvent guérir par les cautérisations avec le nitrate d'argent ou le sulfate de zinc.

ÉLONGATION NERVEUSE. — M. TRÉLAT fait un rapport sur un travail de M. Badal, de Bordeaux. Dernièrement dans trois cas M. Badal a eu recours à l'élongation du nerf nasal externe, chez des sujets atteints de névralgie circumorbitaire, et dans ces trois cas il a obtenu d'excellents résultats. L'opération se fait très simplement au moyen d'une incision pratiquée près du grand angle de l'œil; on sait, en effet, que c'est à ce niveau, entre le tendon de l'orbiculaire et la partie du grand oblique que passe le nerf nasal externe. Cette opération a donné de très bons résultats dans un cas de douleurs ciliaires avec accompagnement d'écoulement nasal abondant.

Voici, en résumé, les trois observations de M. Badal : 1o femme de 33 ans, névralgie orbitaire intense, élongation du nerf sous-orbitaire, aucun résultat; élongation du nerf nasal quelques jours plus tard; soulagement immédiat, et deux mois après disparition d'un écoulement nasal qui durait depuis longtemps.

2. Homme de 23 ans, atteint de kératite, avec irido-cyclite, phthisie du globe oculaire, névralgie circumorbitaire intense; élongation du nerf nasal, guérison.

3. Femme de 57 ans, atteinte de glaucome chronique, avec névralgie circumorbitaire intense; on lui fit l'iridectomie sans aucun résultat, et l'élongation du nerf nasal amena une guérison rapide des douleurs.

En somme, ces observations, quoique peu nombreuses, sont encourageantes et l'on pourra dans certains cas recourir à cette opération avec des chances de succès.

DES INDURATIONS DES CORPS CAVERNEUX DE LA VERGE ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA GLYCOSURIE. — M. VERNEUIL fait sur ce sujet une très intéressante communication. L'on observe quelquefois chez les hommes de 45 à 50 ans des noyaux de consistance fibreuse, siégeant sur la face dorsale de la verge ; ces productions débutent spontanément, s'accroissent lentement, sans occasionner de douleurs et ne manifestent leur présence que par la gêne qu'elles apportent au coït. On a émis l'opinion qu'elles étaient en rapport avec la syphilis et la goutte ; un auteur a surtout insisté sur cette dernière diathèse. Dans ces derniers temps M. Verneuil a eu l'occasion de rencontrer quatre fois cette affection et dans trois de ces cas les sujets étaient également atteints de glycosurie. Dans le quatrième cas, il n'y avait pas de sucre dans les urines. Ce fait a déjà été signalé par Marchal de Calvi. Il semble bien qu'il existe un rapport entre ces productions et le diabète ; il faut donc être très réservé sur les moyens chirurgicaux que l'on a proposés pour faire disparaître ces productions.

La discussion sur cette communication est renvoyée à la prochaine séance.

— PRÉSENTATIONS DE MALADES. — M. TRÉLAT présente deux malades : Le premier était atteint d'un polype muqueux enflammé des fosses nasales, ayant défoncé l'os unguis et le canal nasal. Pour enlever cette tumeur. M. Trélat employa un procédé opératoire qui n'est pas décrit. Il fit une incision circonscrivant la tumeur, descendant dans le sillon naso-jugal et longeant l'aile du nez. Puis, à l'aide des cisailles et de la scie de Larrey, il sectionna l'os propre du nez, l'apophyse orbitaire interne du frontal et le bord inférieur de l'orbite et se fraya ainsi une large voie pour arriver dans les fosses nasales ; la réunion se fit par première intention et le résultat fut excellent.

Le second est un jeune homme qui, à la suite d'une fracture du bras gauche, eut un cal exubérant qui occasionna une paralysie du nerf radial par emprisonnement de ce nerf. Le 1er juin, M. Trélat fit une opération consistant à dégager le nerf du tissu ostéo-fibreux qui l'entourait, puis il fit la résection de la partie saillante du cal. Ce ne fut que dans les premiers jours du mois d'août que le mouvement commença à revenir, et peu à peu ce retour fut complet.

M. TILLAUX fait remarquer qu'il a présenté un malade semblable il y a quelques années; il pense qu'il faut attribuer le retour tardif du mouvement à l'inflammation du nerf.

— La Société procède à plusieurs élections de commissions :

1° Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de correspondant national : MM. de Saint-Germain, Polaillon, Gillette, Chauvel.

2° Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de correspondants étrangers : MM. Berger, Terrier, M. Sée, Pozzi.

3° Commission pour le prix Duval : MM. Richelot, Périer, Magitot, Delens, Marjolin.

4° Commission pour le prix Laborie : MM. Guéniot, Nepveu, Marchand, Le Fort, Monod.

Dr HENRI BASTARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ

CORRESPONDANCE. — Elle comprend une lettre de M. le docteur MOREAU (de Tours) donnant sa démission de membre titulaire de la Société et sollicitant l'honorariat.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME. — M. le secrétaire général donne lecture d'une note de M. le docteur BURO, intitulée : « Contribution à l'étude et au traitement de l'hystérie chez l'homme. »

Il y a aujourd'hui 33 ans, dit-il, qu'il soutenait que l'hystérie peut exister chez l'homme et, partant, qu'il n'est nullement vrai d'en placer le siège, pas plus dans les annexes de l'utérus, que dans cet organe lui-même. Cette névrose obéit aux mêmes lois basées sur la prépondérance des troubles *en moins* de la sensibilité et de la motilité (anesthésie et amyosthénie ou parésie); elle est justiciable des mêmes moyens. Cela résulte d'une observation consignée, pages 51 et suivantes, dans sa thèse de février 1851

sous la signature du docteur S. Pierre, interne de service de Tardieu, à l'Hôtel-Dieu, où elle fut recueillie en 1850.

Depuis cette époque, M. Burq a recueilli plusieurs faits de même nature, mais celui du docteur S. Pierre est si authentique, attesté qu'il est par l'interne du service, où le malade fut recueilli et par le professeur Tardieu, lui-même, chef du même service, qu'il lui paraît suffire pour établir son antériorité.

Nécrologie. — M. le président fait part à la Société de la mort d'un de ses membres les plus distingués, M. le docteur Cazalis; le bureau assistait à ses obsèques.

La fièvre typhoïde a Auxerre. — M. Dionis des Carrières est admis à donner lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, d'un mémoire des plus remarquables sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi avec une très grande intensité à Auxerre pendant les mois de septembre, octobre et novembre dernier.

La ville d'Auxerre est une vieille ville du moyen âge aux rues étroites et tortueuses, qui, cependant, est toujours restée parfaitement salubre. Elle compte 16,000 habitants environ, et de 430 à 450 décès par an. On n'y observe pour ainsi dire jamais aucune épidémie grave. La fièvre typhoïde y est assez rare et en 1881 elle n'a donné lieu qu'à 2 décès.

Cette année, jusqu'au 1er septembre, on en avait compté un peu plus, soit 7, dus à cette affection, dont 2 au mois d'août, lorsque tout à coup la fièvre typhoïde s'est déclarée de tous côtés dans la ville, entraînant à sa suite 30 décès pendant le premier mois, et 92 décès pendant les deux mois et demi qu'elle sévit sur la population.

Ce chiffre de 92 décès correspondrait à celui de 13,000 pour une ville comme Paris. Le nombre des malades a été prodigieux. Les neuf médecins de la ville ne suffisaient pas, et la moyenne des malades à voir, pour chacun d'eux, était de 50 par jour. Mais il est nécessaire d'ajouter que parmi ces malades, il y avait un grand nombre de fièvres intermittentes, résultant des tranchées ouvertes dans tous les quartiers de la ville depuis 13 mois pour l'établissement, soit de tuyaux de gaz, soit de conduites d'eau ou d'égouts.

Tout d'abord on crut devoir attribuer l'épidémie de la fièvre typhoïde à ces mêmes travaux; celle-ci cependant ne sévissait pas dans toute la ville, mais seulement en certains points, et la mortalité ne correspondait nullement au tracé des égouts. D'autre part, on ne pouvait pas non plus suspecter la nappe des eaux souterraines. Restait donc la question des eaux potables. Or, la nouvelle caserne, malgré l'encombrement résultant de l'arrivée et du séjour de 1200 réservistes, plus ou moins surmenés pendant leurs 28 jours, restait absolument indemne au milieu de l'épidémie, tandis que l'ancienne caserne, habitée par un très petit nombre de soldats, dont la plupart étaient des scribes, des secrétaires d'officiers d'état-major ou des ordonnances, était, au contraire, frappée par la fièvre typhoïde. Il en était de même de l'Asile des aliénés où l'on ne constatait l'existence d'aucun typhoïdique, tandis qu'entre cet asile et la vieille caserne se trouvait située la prison où l'on comptait 14 malades. Ces faits, en apparence contradictoires, trouvèrent un peu plus tard leur explication dans ce fait que les établissements restés indemnes s'alimentaient comme eaux potables, soit d'une source exploitée déjà au moyen âge, la source Ste-Geneviève, soit d'une source d'un coteau voisin, tandis que la prison et la vieille caserne tiraient leurs eaux du village de Valans, à 6 kilomètres d'Auxerre, de même que la plupart des quartiers de la ville, du moins jusqu'au 8 septembre dernier. Depuis cette date, au contraire, époque à laquelle Auxerre était en pleine épidémie, la ville reçut les eaux potables de la Turbine.

Au moment où M. Dionis faisait son enquête sur les causes possibles du développement de la fièvre typhoïde, le docteur Populus lui apprenait qu'il venait de soigner deux cas de fièvre typhoïde au village même de Valans. Se rendant aussitôt dans cette localité, M. Dionis apprenait que la grotte dans laquelle on avait capté les eaux d'Auxerre se trouvait située dans la propriété de l'une des typhoïdiques signalées par son confrère, que cette malade — une jeune femme de 20 ans — très gravement atteinte, avait eu du 15 au 24 août, soit pendant 9 jours, une diarrhée extrêmement abondante représentée par un minimum de 10 à 12 selles par jour. Il apprenait aussi : 1. Que ses déjections alvines étaient jetées sur un tas de fumier situé immédiatement au-dessus de la source, et en contre-bas du point où elle était captée, à un ou deux mètres au plus; 2. Que le sol était des plus perméables. Si donc, comme d'après ces données, cela paraissait probable, l'infection des eaux était manifeste, elle était d'autant plus grave qu'il ne s'agissait pas d'un ruisseau à l'air libre, où une certaine évaporation peut toujours avoir lieu, mais d'une eau passant dans des conduites de 30 centimètres seulement de diamètre et de là dans un réservoir unique d'où elle était distribuée dans les divers quartiers de la ville. Pour M. Dionis, il n'existait plus aucun doute sur l'origine du mal; néanmoins, voulant avoir la preuve absolue de la perméabilité du sol aux matières typhiques et de la pénétration possible de celles-ci dans l'eau de Valans, il fit jeter à 30 mètres de la source, c'est-à-dire à une distance 15 fois plus grande que celle du fumier incriminé, une certaine quantité d'eau chargée d'ocre; 5 minutes plus tard, cette ocre apparaissait dans la fontaine. Une seconde épreuve est faite, même résultat. Une troisième a lieu encore, afin de rendre le fait aussi évident que possible aux yeux de tous; cette fois, il s'agit de 2 grammes d'aniline dissous dans 100 grammes d'alcool et mêlés à une certaine quantité d'eau; un premier seau est jeté au pied même du fumier qui avait reçu les selles de la typhoïdique, un second un quart d'heure après, et bientôt l'aniline apparaît dans les eaux de Valans. Le phénomène était aussi péremptoire que possible.

Enfin, comme contre-épreuve, M. Dionis cite les faits suivants observés dans l'intérieur d'Auxerre : 60 habitants de la rue du Puits-Guérin n'ont jamais bu d'autre eau que celle des puits de leurs habitations, ils n'ont pas été atteints par la fièvre typhoïde, quoiqu'ils fussent entourés de morts et de malades. Non loin de là, le propriétaire d'une maison et ses cinq locataires qui s'alimentent exclusivement aussi de l'eau du puits de leur habitation, restent indemnes également Enfin, auprès de chez lui, il existe deux couvents absolument mitoyens; l'un est une maison d'éducation fort riche, qui paye une certaine redevance pour avoir les eaux de la ville; les élèves se trouvaient en vacances à l'époque de l'épidémie mais il contenait trente-neuf religieuses; il y a eu sept cas de fièvre typhoïde, dont un décès. L'autre couvent recevait autrefois les eaux d'Auxerre mais sa concession lui ayant été retirée, il a fait creuser un puits dont l'un sert à l'alimentation de l'établissement. Il renferme 68 orphelines et 14 religieuses; pas un cas de fièvre typhoïde ne s'est déclaré.

Que faut-il conclure de ces faits, si ce n'est que les eaux potables d'Auxerre, infectées à Valans du 15 au 24 août par les déjections d'un typhoïdique, peuvent seules expliquer l'épidémie qui a régné dans la ville. M. Dionis conclut aussi que partout où il y a eu épidémie de fièvre typhoïde, il faut en chercher la cause du côté des eaux qui ont servi à l'alimentation des habitants.

Bothriocéphale. — M. Laboulbène a l'occasion d'observer en ce moment à la Charité le fait d'un bothryocéphale chez un de ses malades. Il a examiné les anneaux rendus ainsi que les selles de cet homme. Celles-ci renferment une telle quantité d'œufs elliptiques, parfaitement caractérisés avec leur coque très mince et leur opercule, qu'il suffit d'en prendre sur la pointe d'une épingle pour compter jusqu'à six ou huit de ces œufs.

MM. Balbiani et de Lacaze-Duthiers, auxquels une petite quantité des matières rendues a été envoyée, doivent faire à ce sujet certaines expériences de culture.

Quant au traitement anthelmintique, M. Laboulbène a recours à la pelletiérine, à la dose non pas de 20 ou 30 centigrammes, qui lui paraît trop faible, mais à celle de 40 centigrammes, qui lui donne de bons résultats, surtout si le médicament est administré à l'époque où quelques troubles nerveux commencent à survenir.

M. FÉRÉOL voit depuis quelque temps la pelletiérine échouer là où il avait eu autrefois des succès constants.

M. TENNESON croit que le succès de la pelletiérine tient aussi au mode d'administration du purgatif, qui doit être pris à propos, c'est-à-dire une demi-heure avant l'anthelminthique. Il prescrit de préférence l'huile de ricin à cause de son action plus rapide.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que c'est lui qui a introduit la pelletiérine dans la thérapeutique des helminthes : mais la crainte de quelques accidents toxiques, surtout chez les femmes nerveuses, a amené certains médecins à abaisser la dose qu'il avait recommandée, de 40 centigrammes à 30, et même moins encore. Pour lui, la proportion des succès a été de 9 sur 10. Quant à l'administration des purgatifs *avant* celle de la pelletiérine, elle a été préconisée par Béranger Féraud dans un travail considérable sur cette question. Néanmoins, M. Dujardin-Beaumetz n'est pas très convaincu des avantages que l'on en peut retirer, et jusqu'à présent il continue à le prescrire une demi-heure après l'ingestion de la pelletiérine. Mais il n'a pas recours à l'huile de ricin; c'est l'eau-de-vie allemande à la dose de 30 grammes.

M. DU CAZAL signale également les succès que lui a donnés la pelletiérine (huit sur huit); il donne également l'eau-de-vie allemande une demi-heure après.

MM. DESNOS ET LABOULBÈNE rapportent enfin quelques accidents de parésie et de paralysie, peu graves il est vrai et de courte durée, survenus à la suite de l'emploi de la pelletiérine.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

VARÈLE.

FORMULAIRE.

1o Crayon médicamenteux pour le traitement de la blennorrhagie uréthrale.

Iodoforme 0,50 centigr.
Beurre de cacao q. s.

Pour f. s. a. un crayon de 10 centimètres de long et de un demi centimètre de diamètre.

Ce crayon devra être introduit dans l'urèthre immédiatement après une miction, et le malade, couché sur le dos, devra retenir ses urines le plus longtemps possible.

On a attribué à l'emploi de ces crayons une efficacité abortive que nous ne saurions garantir.

Eviter l'emploi, comme excipient, de la glycérine, qui irrite la muqueuse au lieu d'application.

2o Idem pour la vulvo-vaginite spécifique des petites filles.

Iodoforme 2 à 4 grammes
Beurre de cacao q. s.

Pour f. s. a. un crayon de un centimètre d'épaisseur.

D'après R. Pott (Voir *Revue des Journaux*), une, au plus deux applications de bougie à l'iodoforme suffisent pour obtenir une guérison presque immédiate de la vulvo-vaginite des petites filles, alors que cette affection a résisté aux diverses médications qu'on a continué de lui opposer.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

L'EXTRAIT DE PIMENT; DES MOYENS DE LE CONSERVER SANS ALTÉRATIONS. — Lorsque parut il y a quelques années l'extrait de piment, ses qualités spéciales, que ne possédait aucun autre révulsif, le firent rapidement adopter par la plupart des médecins. Malheureusement, à ces qualités venait s'ajouter un défaut des plus graves, le manque de conservation.

Incorporé à une masse emplastique, il perdait après quelques mois, souvent même quelques semaines, toute son énergie. La qualité du piment employé fut d'abord incriminée, mais à tort, et ce n'est qu'après un long espace de temps et de nombreuses recherches, que la véritable cause de son altération a été enfin connue, et qu'il a été possible d'y porter remède.

La capsicine a été isolée. C'est un alcaloïde d'une extrême causticité. Mais, chose bizarre et qu'il n'était pas possible de prévoir, les sels de capsicine perdent presque complètement cette action caustique.

Or, il se produisait ce fait : L'extrait de piment étant mélangé à une masse emplastique dans laquelle entraient des matières huileuses et résineuses, la capsicine jouait vis-à-vis de ces dernières le rôle de base; et il se formait des oléates, des margarates et des résinates de capsicine qui n'avaient plus aucune action.

La cause trouvée, on devait songer immédiatement à un moyen fort simple d'y remédier : c'était de neutraliser au préalable les acides organiques qui entraient en combinaison avec la capsicine.

Et il est arrivé ce qu'on devait espérer, mais ce que le temps seul pouvait démontrer : la capsicine, restant ainsi en l'état, conserve toute son énergie primitive, et des échantillons préparés depuis plus d'un an ont aujourd'hui exactement la même puissance d'action qu'aux premiers jours.

Voilà donc ce révulsif qui reprend la place que lui assignaient ses qualités spéciales, et qu'il avait momentanément perdue.

Ces qualités sont encore présentes à l'esprit de bon nombre de médecins.

Le thapsia, l'huile de croton, le tartre stibié, agissent lentement et produisent des démangeaisons intolérables, et des éruptions qui parfois s'étendent sur une grande surface et deviennent souvent plus désagréables que le mal qu'on espérait soulager.

Le sinapisme agit rapidement, mais son action cesse aussi vite. Excellent donc dans certains cas, il devient impuissant dans une foule de circonstances.

Quant au vésicatoire, son action relativement lente, mais excessive, en fait un moyen qu'on doit réserver et qui ne s'emploie pas toujours impunément.

Contrairement à ces divers révulsifs, l'extrait de piment n'occasionne que de la chaleur, une vive rougeur et une cuisson légère, *sans douleur, démangeaisons ou éruptions.*

On peut dire que c'est un sinapisme qui, arrivé à la moitié de son action, se maintiendrait ainsi pendant vingt-quatre heures et plus. Il est donc facile de comprendre les résultats que doit nécessairement produire une semblable révulsion dans toutes les affections de la gorge et des bronches, surtout au début de l'inflammation qui peut souvent ainsi être jugulée. Au déclin de ces affections, de même que dans les douleurs névralgiques ou rhumatoïdes, les effets révulsifs de l'extrait de piment sont également remarquables. Et on pourra facilement s'en convaincre aujourd'hui qu'il est permis de compter sur la fidélité d'action du produit.

(GAZETTE DES HÔPITAUX.)

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ LA FEMME, par le Dr COLOVITCH (THÈSE DE PARIS 1882).

Dans une leçon faite il y a quelques mois à l'Asile Ste-Anne, j'ai signalé les principaux caractères qui distinguent la paralysie générale chez la femme. M. le Dr Colovitch, un des meilleurs élèves de la clinique des maladies mentales, qui va porter à l'étranger les solides connaissances acquises par lui en psychiâtrie, vient de reprendre ce sujet dans sa thèse inaugurale, et l'a traité avec les plus grandes qualités d'érudition et de sens clinique.

Cette thèse, qui comprend près de 120 pages, est naturellement divisée en plusieurs chapitres, dans lesquels sont successivement passés en revue tous les points de l'histoire de la paralysie générale, chez la femme.

Dans le premier chapitre, consacré à l'historique de la question, l'auteur fait remarquer que la forme toute spéciale que

revêt la paralysie générale dans le sexe féminin, n'a guère fixé jusqu'à ce jour l'attention des observateurs, en dépit de l'intérêt qu'elle présente. En Allemagne, quelques auteurs seulement se sont occupés de la question: les uns, comme Neumann et Cornfeld, pour nier complètement l'existence de la paralysie générale chez la femme, les autres, comme Sander, Kraft-Ebing, Jung, pour l'admettre sans réserve et en décrire quelques-unes des particularités les plus saillantes. « En France, ajoute M. Colovitch, il n'existe sur ce point aucun travail d'ensemble; tous les auteurs ont plus ou moins longuement parlé des différences qui existent entre les deux sexes au point de vue de la paralysie générale, aucun n'a traité la question isolément. Ce n'est que tout récemment qu'une leçon faite à l'Asile Ste-Anne par le Dr Régis, chef de clinique, est venue combler cette lacune. »

Après l'historique, l'auteur aborde, dans des paragraphes spéciaux, l'étiologie, la symptomatologie, la marche, le pronostic, la diagnostic et le traitement de la paralysie générale chez la femme. En ce qui concerne la fréquence de la maladie dans le sexe féminin, M. Colovitch admet les chiffres que j'ai moi-même indiqués à ce sujet. Je crois pouvoir les reproduire ici, parce qu'ils me paraissent révéler plusieurs particularités intéressantes.

D'une façon générale, la paralysie générale est moins fréquente chez la femme que chez l'homme. En prenant pour terme de comparaison le chiffre moyen observé chez celui-ci, c'est-à-dire 21 cas de paralysie générale sur 100 cas d'aliénation, on trouve que la maladie est un peu plus de cinq fois moindre chez les femmes prises en bloc que chez l'homme. En opérant dans les mêmes sphères sociales dans les deux sexes, on trouve deux femmes de campagne paralytiques pour trois hommes de la même condition, une femme de la population ouvrière des grands centres pour trois hommes et *une* femme seulement, de la classe élevée pour près de *treize* hommes. Voilà pour ce qui concerne la *fréquence comparative* de la paralysie générale chez la femme. On y voit que la différence numérique en faveur de l'homme s'accroît à mesure qu'on s'élève dans l'échelle sociale. Quant à ce qui touche à la *fréquence absolue* de la maladie dans le sexe féminin, les mêmes chiffres révèlent qu'on trouve 2 1/2 paralytiques sur 100 femmes aliénées dans la population des campagnes, 3,95, c'est-à-dire près de 4 sur 100 femmes aliénées dans les classes élevées de la Société, et enfin, 7,7 où près de 8 sur 100 femmes aliénées, dans la population ouvrière des villes. Ces chiffres ont, comme on le voit, leur intérêt en ce qu'ils indiquent les degrés d'aptitude à la paralysie générale chez les femmes dans chaque classe de la société. J'ai expliqué ailleurs quelle était, à mon sens, la raison de ces divers degrés d'aptitude suivant les classes, et aussi la raison de la fréquence moindre de la paralysie générale chez la femme prise en général que chez l'homme.

Je ne puis, à mon grand regret, suivre le docteur Colovitch dans tous les développements de sa thèse. Je me borne à en reproduire ici les conclusions, en la signalant comme instructive et pleine d'intérêt, à tous ceux que la question de la paralysie générale peut intéresser:

1. La paralysie générale existe dans le sexe féminin; elle y est, absolument et relativement moins fréquente que dans le sexe masculin;

2, Elle a son maximum de fréquence de 30 à 40 ans, frappe de préférence les classes pauvres et la population des villes;

3. La menstruation paraît affecter avec la maladie des rapports étroits, mais il est, quant à présent, impossible de préciser leur nature;

4. Les causes morales semblent jouer dans son développement un rôle prépondérant. Les débanches et les excès, dans un très grand nombre de cas, sont bien plutôt des effets que les causes de l'affection;

5. Les divers délires signalés chez l'homme et le délire des grandeurs existent chez la femme; mais ils se font remarquer par leur incohérence et leur puérilité. L'existence des hallucinations est très douteuse;

6. La démence et l'affaiblissement intellectuel existent dès le début à un degré assez prononcé;

7. Les signes physiques ne diffèrent pas sensiblement dans les deux sexes;

8. Les attaques apoplectiformes sont très rares comme symptôme initial, rares dans le cours de la maladie. Les attaques épileptiformes sont tout à fait exceptionnelles;

9. La marche de la maladie est très lente, progressive dans a très grande majorité de cas. Elle paraît durer plus longtemps que chez l'homme, et parcourir plus complètement que chez lui les différents degrés de son évolution;

10. Le caractère dominant de l'affection chez la femme est l'effacement et l'atténuation de tous les symptômes, mêmes chez celles qui offrent du délire des idées de satisfaction.

Dr E. Régis,

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Faculté de médecine de Paris. — Les bourses d'enseignement supérieur instituées par la fondation Barkow sont accordées pour l'armée scolaire 1882-1883 à MM. les étudiants en médecine: Arragon (H.-G.), Copin (E.) et Guvillier (G.-H.).

— M. Haussmann est maintenu pendant l'année scolaire 1882-1883 dans les fonctions de préparateur de pathologie externe. — MM. Damaschino, Duguet et Farnet, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine (section de médecine) qui s'est ouvert à Paris le 1er décembre 1882.

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes:

Internes titulaires. — 1. Hallé. — 2. Charles. — 3. Barbier. — 4. Dubief. — 5. Brunon. — 6. Mérigot de Treigny. — 7. Barbillon. — 8. Denacé. — 9. Boiffin. — 10. Guillet. — 11. Nota. — 12. Ménestrier. — 13. Clado. — 14. Crespin. — 15. Carlier. — 16. Florand. — 17. Roger. — 18. Cayla. — 19. Belin. — 20. Largeau. — 21. Mousseus. — 22. Varnier. — 23. Blanc. — 24. Charlin. — 25. Festal. — 26. Jeanton. — 27. Delon. — 28. Sellé. — 29. Lubet-Barbon. — 30. Renaud. — 31. Lormand. — 32. Silly. — 33. Toupet. — 34. Vigneron. — 35. Pignol. — 36. Berbez. — 37. Achard. — 38. Dubrenilh. — 39. Blocq. — 40. Weber. — 41. Broussolle. — 42. Vallin. — 43. Braine. — 44. Bouttier. — 45. Schachmann. — 46. Berthod.

Internes provisoires. — 1. Hischmann. — 2. Potocki. — 3. De Tornery. — 4. — Budor. — 5. Belin (Joseph). — 6. Aurière. — 7. Martin de Gimard. — 8. Favrel. — 9. Raymond. — 10. Thouvenet. — 11. Demoulin. — 12. Derville. — 13. Lauth. — 14. Jeanselosse. — 15. Wins. — 16. Champeil. — 17. Leclercq. — 18. Cri-

velli. — 19. Engelbach. — 20. Cochon-Latouche. — 21. Despréaux. — 22. Villar. — 23. Didier. — 24. Ribeton. — 25. Jacquet. — 26 Cohn. — 27. Godet. — 28. Girode. — 29. Ressein. — 30. Dumoret. — 31. Demars. — 32. Peraire. — 33. Duroselle. — 34. Lavie. — 35. Lepage. — 36. Costilhes. — 37. Duchon-Doris. — 38. Bocquet. — 39. Camescasselle. — 40. Berne. — 41. Butraille. — 42. Dautel. 43. Leflaire. — 44. Courtade. — 45. Gonnet. — 46. Lévy.

***

INTERNAT ET EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1882, aura lieu le jeudi 28 décembre 1882, à 2 heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1882.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Parizot est chargé, jusqu'au prochain concours da prosectorat, des fonctions de prosecteur en remplacement de M. Gangolphe.

— M. Cénas (L.) est chargé des fonctions d'aide d'anatomie en remplacement de M. Parizot.

— M. Mondan (G.) est nommé chef des travaux de chirurgie.

— M. le docteur Royer (A.) est nommé pour deux ans, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Brun.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Lamic est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Rogez est nommé aide-préparateur de physique médicale.

***

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Debray, membre de l'Institut, a été élu membre du Conseil de l'instruction publique, en remplacement de M. Briot, décédé.

***

CONSEIL ACADÉMIQUE. — Le Conseil a voté, dans sa dernière séance les résolutions suivantes : 1. Maintien du baccalauréat ès-sciences restreint pour les étudiants en médecine ; 2. Rejet tel qu'il est présenté et renvoi à de nouvelles études du projet de création du grade de docteur ès-sciences médicales ; 3. Révision de l'organisation des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

***

ECOLE DE MÉDECINE MILITAIRE. — Le gouvernement vient, dit-on, de faire définitivement choix de la ville de Lyon pour y établir l'Ecole de médecine militaire qui était à Strasbourg jusqu'en 1870.

***

ECOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Une instruction du ministre de l'instruction publique du 9 octobre 1882, concernant la perception pour les droits de travaux pratiques dans les écoles supérieures de pharmacie, détermine sous ce rapport les dispositions des décrets des 14 juillet 1875, 12 juillet 1878 et 14 octobre 1879.

***

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1883.*

Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 7 juin 1882, a décidé :

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ;

2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes :

De l'alcoolisme héréditaire ;

Action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré ;

Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1883.

Conformément aux dispositions de l'art. 2, § 5, de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1883, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs ou autres personnes qui seront signalées pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1881-82

413. M. Journet. Etude sur la fréquence du cancer dans la terminaison de l'intestin grêle. — 414. M. Lacaze. Etude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. — 415. M. Ferrand. De la forme dysphagique de la phthisie laryngée. — 416. M. Grenaudier. Contribution à l'étude de l'hémophilie. — 417. M. Julian-Numa. Du massage de l'œil dans quelques affections de la cornée et des paupières. — 418. M. Lagelouze. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles. — 419. M. Fesquet. Traitement de l'ulcère simple et de ses complications. — 420. M. Castinel. Quelques considérations sur la réimplantation des dents. — 421. M. Carboué. De l'iridectomie dans la kératite parenchymateuse et la scléro-kératite. — 422. M. Mormiche. Contribution à l'étude de l'adénome palatin. — 423. M. Mauny. Traitement des exostoses, et en particulier de l'incision du poste.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 7 DÉCEMBRE AU JEUDI 13 DÉCEMBRE 1882.

Fièvre typhoïde 62. — Variole 9. — Rougeole 14. — Scarlatine 4. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 34. — Dysenterie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Phthisie pulmonaire 196. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 75. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 48. — Pneumonie 85. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 39, — au sein et mixte 26. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 118. — de l'appareil circulatoire 86. — de l'appareil respiratoire 79. — de l'appareil digestif 48. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 11. — Total de la semaine : 1135 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

53e année. 6e série. Tome IV. N° 52 30 DÉCEMBRE 1882

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 28 décembre 1882.

ORIGINE DE LA SPÉCIFICITÉ PATHOGÉNIQUE DES MICRO-ORGANISMES.

A propos de la leçon d'ouverture du cours de M. Jaccoud, dont la GAZETTE MÉDICALE a publié l'analyse dans le numéro du 18 novembre dernier, nous recevons la lettre suivante, à laquelle nous nous empressons de donner l'hospitalité :

« Mon cher confrère,

« Je vous demande la permission d'ajouter quelques mots aux idées si justes dont la GAZETTE MÉDICALE a accompagné la remarquable leçon de M. Jaccoud, sur les maladies infectieuses. Aussi bien, aurai-je ainsi l'occasion de revenir sur des expériences que j'ai faites il y a plusieurs années et que j'ai répétées récemment, voulant d'autant plus en vérifier l'exactitude, qu'à propos d'une candidature à l'Académie de médecine, candidature qui cependant n'était que de pure forme, on a chuchoté que j'avais publié une série de faits erronés.

« Il est vrai qu'en 1875, en assez bonne compagnie d'ailleurs, puisque j'y étais avec MM. Bechamp, Frémy, Tréeul, etc., j'ai encouru cette accusation par M. Pasteur. Avant d'y répondre, j'ai aussitôt pensé qu'il était préférable de laisser écouler quelques années, car le temps est le meilleur des critiques.

« J'ai donc repris quelques-unes de ces expériences, et je suis aujourd'hui tout prêt à reconnaître que quelques-unes de mes conclusions étaient un peu aventureuses ; mais la première et la principale de mes expériences reste toujours entière et je la crois des plus importantes dans cette discussion. Je l'ai vérifiée sous toutes les formes, avec d'autant plus d'insistance que, quelque temps avant sa mort, Davaine, qui malgré mes tendances sur ce sujet, m'honorait de son amitié, me disait que l'on ne pouvait faire à cette expérience aucune objection vraiment concluante.

« Voici cette expérience : Je sépare par une membrane en papier parchemin du sang et de l'eau dans laquelle sont dissous des sels qui facilitent le développement des proto-organismes. Le tout est mis dans des conditions qui rendent le sang septicémique et l'on trouve au bout de quelque temps, dans les deux liquides, *absolument les mêmes organismes inférieurs*, les mêmes vibrions, les mêmes bactéries, les mêmes microbes, et cependant quelques gouttes de sang donnent la mort, tandis que l'on peut injecter des quantités de cette eau, et, par conséquent, introduire dans l'organisme *des milliers de proto-organismes*, identiques comme forme, âge, etc., sans produire le moindre accident.

Ces expériences, répétées par d'autres, je les ai reprises récemment, toujours avec le même résultat ; je n'y vois, de plus, aucune des causes d'erreur qui peuvent exister dans les expériences que j'ai faites vers la même époque, sur de la levure de bière et sur la naissance spontanée des vibrions.

« D'ailleurs, la question de la génération spontanée n'est point en cause ici, et malgré tout mon désir de faire une soumission absolue, je ne puis m'empêcher de faire le raisonne-

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE

Les médecins biographes

Suite. — Voir les numéros 3, 7 et 51.

Nous ne quitterons pas brusquement les biographies des philosophes. Car Auguste Comte a trouvé un historien enthousiaste en la personne de son médecin. Sous le titre modeste : *Notice sur la vie et l'œuvre d'Auguste Comte* (1), le docteur Robinet (Jean-François-Eugène) a écrit longuement la vie ou plutôt le panégyrique du Mahomet de la religion positiviste. Il avait eu l'honneur d'être l'un des treize exécuteurs testamentaires désignés par le grand-prêtre, et il est resté, si je ne me trompe, l'un des plus fidèles adeptes de la doctrine. Tandis que beaucoup de disciples d'Auguste Comte, craignant de tomber dans le fétichisme, rejetaient, à la suite de Littré, le cérémonial suranné et les détails d'un rituel un peu enfantin, pour ne s'attacher qu'à la doctrine philosophique du maître, le docteur Robinet s'est gardé de tremper dans le schisme. Il est demeuré positiviste orthodoxe et pratiquant fidèle de la nouvelle Religion.

M. Robinet ne s'en est pas tenu comme biographe à l'exposé des faits et gestes de son patron en philosophie ; il a abordé la biographie politique en publiant un livre sur la vie privée de Danton (1), mémoire qu'il a fait suivre, en 1879, d'un travail plus complet sur le Procès des Dantonistes.

Depuis Théophraste Renaudot, qui avait écrit, en 1647, un abrégé de la *Vie du prince de Condé* (Henri II) et une vie du maréchal de Gassion, et en 1648 une *Vie de Michel Mazarin, cardinal de Sainte-Cécile,* ils sont assez rares les médecins qui ont fait des biographies d'hommes politiques. On pourrait cependant en citer quelques-uns :

Et d'abord Amédée Pichot. Né à Arles en 1796, il fit ses études

(1) 1 vol. in-8, 1860, et 2e édition. Paris, 1864.

(1) In-8, Paris, 1865. Chamerot avec pièces justificatives.

ment suivant : *Si des bactéries et des vibrions identiques, qui se sont développés parallèlement dans deux liquides différents, agissent d'une façon si différente, c'est que la cause d'action de ces liquides ne réside point dans ces proto-organismes, mais bien dans quelque chose d'autre qui les accompagne.* C'est ce quelque chose qui est toute la question, et comme le dit M. Jaccoud : « Ce qui rend la bactérie infectante, c'est sa provenance, et non pas une efficacité à elle inhérente en tant que bactérie. »

« C'est à peu près ce que je voulais indiquer, lorsque, dans une lecture à l'Académie de médecine (mars 1875), je disais : « que là où d'autres ne veulent voir que l'action d'un être déjà complet ou d'une cellule adulte, il y a l'action d'une force plus puissante, dont l'influence est prépondérante : la constitution chimique et le groupement moléculaire. » Mais cette idée est ainsi mal présentée et trop exclusive ; j'aurais dû dire comme M. Jaccoud : « les propriétés infectantes des bactériens sont des propriétés d'emprunt issues du milieu spécial où ils ont végété. »

« M. Jaccoud se maintient sur le terrain purement médical, et c'est une grande force. Je devrais l'imiter, mais m'étant déjà, et à mes dépens, aventuré plus loin, je tiens à démontrer qu'il n'y a rien d'absurde à oser dire qu'il y a autre chose que le simple développement de microbes, et que ceux-ci sont peut-être partout uniquement une manière d'être de la substance infectante, conservant facilement les propriétés d'origine, par cela seul qu'ils sont solides et organisés. Ils sont ainsi des agents plus efficaces et plus résistants que les simples granulations, de même que celles-ci ont ces propriétés de persistance plus marquées que les liquides. C'est une question d'organisation et de consistance moléculaire, mais non de développement parasitaire.

Je n'ai point qualité pour m'élever à des considérations plus importantes, mais je ne puis m'empêcher de conseiller à tous ceux, si nombreux, qui trouvent des microbes et dans les rhumatismes et dans la pneumonie, etc., d'examiner les larmes d'un homme sain après quelques minutes d'exposition à l'air, ou bien, pour se rendre compte des illusions que peut amener toute espèce de granulations, d'étudier les mouvements si vifs et si variés que donne une légère dissolution d'encre de Chine. J'ai eu grand tort de me laisser aller à englober dans une même série d'expériences les questions de génération spontanés et d'infection purulente, car pour ces dernières je suis de plus en plus persuadé d'avoir été au moins bien près de la vérité.

« Il n'est pas toujours exact de comparer les phénomènes chimiques et les phénomènes biologiques ou pathologiques. Néanmoins, il y a une comparaison qui, dans ces questions, s'impose à l'esprit, c'est celle des ferments chimiques et des théories qui en ont été proposées. Pour M. Pasteur les fermentations sont toujours dues à des microbes agissant par *leur action vitale* aux dépens de la matière fermentescible, tandis que, pour M. Berthelot, la fermentation est un *acte purement chimique* que les microbes favorisent ; les ferments peuvent être des organismes, mais ils n'agissent sur les matières fermentescibles qu'en vertu de phénomènes d'origine purement chimique.

« Malgré les hautes autorités qui ne veulent voir dans les maladies que le développement des proto-organismes, il est permis de soutenir que les propriétés de ceux-ci ne sont, selon l'expression si pittoresque de M. Jaccoud, que des propriétés d'emprunt, ayant une vertu de seconde étape.

« Veuillez, mon cher confrère, m'excuser, d'avoir un peu trop parlé de moi et de mes expériences ; mais j'avais à cœur de prouver que les faits que j'ai communiqués, sont loin d'être aussi erronés qu'on a voulu le dire. Recevez, avec mes remerciements, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Dr ONIMUS. »

Quand un savant, de la valeur et de l'autorité de M. Pasteur, émet une doctrine et l'appuie du vaste système d'expérimentation que chacun connaît, le modeste publiciste, qui écrit au jour le jour dans le silence de son cabinet, doit sembler bien hardi et bien présomptueux pour oser combattre, au nom de la simple induction philosophique, les conclusions du maître. Voilà cependant quinze années que, ne pouvant admettre la spécificité pathogénique primitive des micro-organismes et leur dissémination, sans cesse menaçante, dans les milieux qui nous entourent, voilà, disons-nous, quinze années que nous luttons contre l'entraînement général, on pourrait dire l'enthousiasme qu'a provoqué la théorie parasitaire des maladies infectieuses. Certes, nous avons été constamment les premiers à applaudir aux découvertes de M. Pasteur et nous n'avons cessé d'encourager les travailleurs dans la voie

---

médicales à Montpellier et à Paris. A peine docteur, il se consacra exclusivement à la littérature et au journalisme. Dès 1825, il publie un *Essai sur lord Byron*, puis en 1830 une *Histoire de Charles-Edouard* (2 vol. in-8). Ensuite il s'est fait le biographe de Charles-Quint (1) et même de Talleyrand (2). Amédée Pichot a publié aussi sous ce titre *Napoléon à l'île d'Elbe* (3), une chronique des événements de 1814 et 1815. Enfin se ressouvenant de ses études médicales, au milieu de mille travaux, articles de Revue, poésies, traductions de l'anglais (Dickens, Lord Byron, Thackeray, Macaulay, etc.), Amédée Pichot a donné, en 1846, une étude sur *Charles Bell* (*Histoire de sa vie et de ses travaux*).

Après avoir dirigé la REVUE DE PARIS, où il écrivait, si nous en croyons Balzac (4) sous de nombreux pseudonymes, il remplaça en 1843 L. Galibert à la REVUE BRITANNIQUE en qualité de rédacteur en chef, et il est resté à la tête de ce dernier recueil jusqu'à la date de sa mort (février 1877).

Jacques Maissiat, le conservateur du musée Orfila, né en 1805 à Nantua, où il est mort le 26 février 1878, a touché aussi à la biographie politique par son étude importante sur *Jules César en Gaule* (3 vol. avec cartes, 1865 et années suivantes). Reçu docteur en 1838, Maissiat, outre ses *Etudes de physique animale* (1843), a publié encore des *Notions statistiques sur la Bresse* (1851) et enfin des *Recherches historiques sur les guerres des Gaulois contre les Romains* (1874). Il avait représenté en 1848 le département de l'Ain à la Constituante et à la Législative, pour redevenir en 1851 simple conservateur des cabinets anatomiques de la Faculté de Paris. Les campagnes de Jules César en Gaule ont été l'objet d'études intéressantes (1) de la part d'un autre médecin, du docteur

---

(1) Charles-Quint, chronique de sa vie, 1854, in-8.
(2) Souvenirs intimes sur M. de Talleyrand, 1870, in-12, Paris.
(3) 1 vol. in-8, 1873, Paris.
(4) Correspondance d'Honoré de Balzac.

(1) Campagne de Jules César contre les Bellovaques, étudiée sur le terrain (2 mémoires, 1862 et 1870). De plus, en 1876, le docteur Peigné a publié un volume intitulé : « Jules César, ses itinéraires en Belgique, d'après les chemins anciens et les monuments » (in-8, Péronne).

expérimentale qu'il a tracée; mais nous avons toujours soutenu qu'il fallait se garder de conclusions hâtives, de synthèses prématurées, sous peine de construire un de ces systèmes fragiles et éphémères, comme l'histoire de la médecine en a tant enregistré.

A l'époque dont nous parlons, c'est-à-dire avant les récentes recherches sur les micro-organismes des produits virulents ou infectieux, nous avions été conduit à émettre l'hypothèse que l'agent de transmission d'une maladie réside dans les éléments anatomiques, en particulier les granulations moléculaire, transportés d'un organisme malade dans un organisme sain où ils continuent à vivre de leur vie anormale. Ce que nous attribuions alors aux éléments constitutifs les plus ténus de cet agrégat complexe qu'on nomme un être vivant, MM. Jaccoud et Onimus le réservent à des éléments étrangers, venus du dehors, en quelque sorte accidentels, mais ne possédant par eux-mêmes aucune propriété spécifique et n'empruntant celle-ci qu'à l'organisme malade qu'ils ont traversé. On voit qu'entre ces deux hypothèses l'analogie est grande. L'une et l'autre excluent cette panspermie de germes morbides ou de microbes spécifiques, préexistant à toutes les maladies transmissibles, doctrine qui ne tient pas suffisamment compte de la spontanéité de l'organisme vivant.

Nous croyons inutile d'insister, en terminant, sur ce fait que l'expérience relatée dans la lettre de M. Onimus concorde avec les expériences de Grawitz, rappelées dans l'article de M. Albert Robin, et avec celles de M. Pasteur lui-même et de ses disciples sur l'atténuation ou l'accroissement d'activité des virus, pour justifier l'opinion émise par M. Jaccoud et partagée par notre honorable correspondant.

Le microbe de la morve.

L'intéressante communication de M. Bouchard, à l'Académie de médecine, sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture, nous fournit un nouvel argument en faveur des idées précédentes. Il est admis, si nous ne nous trompons, par tous les vétérinaires, qu'on peut faire apparaître à volonté la morve dans l'espèce chevaline. Le surmenage des chevaux engendre chez eux cette affection, comme, dans l'espèce humaine, la misère physiologique engendre la phthisie. Quel est donc, en pareille circonstance, le rôle du microbe spécifique? Il existait sans aucun doute dans l'organisme du cheval avant le surmenage, mais il demeurait inoffensif, et il est logique de penser que, pris à cette époque sur l'animal, cultivé et inoculé à un autre animal, il eût conservé chez celui-ci l'innocuité qu'il offrait chez le premier. Mais les conditions de milieu où il se trouvait se modifient; le cheval surmené tombe malade, et ce même microbe, naguère inoffensif, portera avec lui le germe de la maladie dans le nouveau milieu où il sera introduit. La virulence ne lui est donc pas propre; il l'a acquise, il l'a empruntée et, d'après les expériences de M. Pasteur sur l'atténuation des virus, il pourra la perdre.

La conclusion tirée par M. Bouchard de ses recherches, c'est que la morve est une maladie virulente parasitaire, au même titre que le charbon, la tuberculose, et les autres affections dans lesquelles on a découvert un microbe cultivable et transmettant la maladie par inoculation (la Gazette médicale a publié récemment des expériences de ce genre relatives à l'érysipèle et à la blennorrhagie). Il y a lieu, comme on voit, de faire une restriction sur le sens qu'il faut attacher ici au mot *parasitaire*. En effet, les parasites dont il est question agiraient moins par eux-mêmes, c'est-à-dire par leur développement et leur multiplication, que par les propriétés accidentelles, contingentes, plus ou moins transitoires, qu'ils tiendraient du milieu par où ils sont passés. Cette considération établit une ligne de démarcation profonde entre les maladies parasitaires, dans la pure acception du mot, et les maladies infectieuses ou virulentes.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE MÉDICALE

Centre moteur du membre inférieur, par le Dr Raymond, médecin de l'hospice des Incurables, et Dérignac, interne des hôpitaux.

Lorsqu'on étudie la monoplégie de la jambe, on arrive à cette conclusion que les cas publiés sont rares qui montrent exactement la surface de la substance corticale où réside le centre moteur, et Clozel de Boyer, dans sa thèse, ne cite qu'une observation qu'il emprunte à l'un de nous; cette observation

---

Achille Peigné-Delacourt. Cet archéologue des plus distingués a publié aussi une étude sur Agnès Sorel (1). Né à Reims, Peigné-Delacourt est mort le 14 juin 1881 à Guise, dans sa quatre-vingt-sixième année.

Parmi les biographes d'hommes politiques on pourrait citer encore un médecin mort tout jeune, en 1861, à Ebreuil, dans le département de l'Allier. Le docteur Pourrat, né à Cunlhat (Puy-de-Dôme), en 1824, était l'auteur de nombreuses poésies et le collaborateur assidu de la France littéraire, lorsqu'il commença la publication d'une série d'études sur les grands ministres français. Au moment de la mort de Claude-Jean-Baptiste Pourrat, les études sur Sully, Richelieu et Colbert avaient seules paru (2).

Quelques autres médecins, en écrivant des biographies régionales, se sont forcément occupés de célébrités de tout genre: ainsi le docteur Bégin, qui a consacré 4 volumes à la *Biographie de la Moselle* (1); ainsi encore le docteur C.-J.-Henri Barjavel, dans son *Dictionnaire historique, biographique et bibliographique du département de Vaucluse* (2).

Ce Barjavel, qui était né à Carpentras en 1803, était-il de la même famille que l'accusateur public de Vaucluse pendant la Terreur, Barjavel le condamné à mort de prairial (juin 1795)? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit, Henri Barjavel a été un érudit des plus remarquables. Il avait déjà publié un *Traité complet de la culture de l'olivier*, lorsqu'il fut reçu docteur, en 1834, à la Faculté de médecine de Montpellier. On lui doit, en outre, un ouvrage important sur les dictons et sobriquets patois des villes, bourgs et villages du département de Vaucluse (1849-1853). Barjavel est mort dans sa ville natale le 27 septembre 1868.

N'était-ce pas aussi une biographie régionale qu'a écrite Richerand, lorsqu'il a publié sa notice sur Brillat-Savarin, comme lui, natif de Belley? Brillat-Savarin, qui était né en 1755, et par conséquent de beaucoup l'aîné, était très familier avec Richerand.

(1) « Agnès Sorel était-elle Tourangelle ou Picarde? » (1861, Noyon, in-8).

(2) Voir la notice consacrée à Pourrat, par M. le docteur Trapenard dans les comptes rendus de la Société de Gannat (15e année).

(1) In-8°. Metz, 1829-1832.

(2) Carpentras, 1842.

lui a permis de *préciser exactement le point minimum de ce centre.*

L'histoire d'une malade, observée à l'hospice d'Ivry, mérite d'être rapprochée de celle relatée par Boyer (1) ; nous la reproduisons ici dans ses traits essentiels ; nous exposerons ensuite les réflexions qu'elle nous a suggérées.

Il s'agit d'une femme âgée de 62 ans, qui entra à l'infirmerie pour des symptômes de roideur, des convulsions, n'atteignant que le membre inférieur gauche.

Dès le mois de janvier 1882, cette femme s'était aperçue que son pied gauche devenait roide ; néanmoins, elle vaquait encore à ses occupations, insouciante de son mal, lorsque, deux mois après (mars 1882), elle fut prise, subitement, sur la voie publique, de convulsions limitées à la jambe et d'emblée assez intenses pour mettre entrave à la station debout, à la marche et entraîner la chute. Survenues spontanément sans que rien d'insolite, dit la malade, se soit manifesté dans son membre, sans que les sens, l'intelligence aient été le moins du monde troublés, ces convulsions durèrent environ dix minutes, et, dès leur cessation, la marche redevint possible comme auparavant.

A quelque temps de là, néanmoins, les mouvements furent considérablement gênés et la malade dut entrer à l'Hôtel-Dieu. Pendant son séjour à l'hôpital, en prenant un bain sulfureux, les convulsions apparurent à nouveau, limitées toujours au membre inférieur ; elles se montrèrent à quelques jours de là encore, dans les mêmes conditions, mais, cette fois, s'accompagnèrent, au sortir du bain, de roideur, d'impotence fonctionnelle du membre supérieur du même côté.

La malade dit qu'en voulant la maintenir, au bain, malgré elle, on lui serra, avec un lien, le bras très fortement ; c'est en cet état qu'elle vint à l'infirmerie de l'hospice des Incurables. La jambe est roide, en extension sur la cuisse et dans l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement ; le membre supérieur présente des phénomènes analogues, mais bien moins accusés cependant. (Il faut remarquer immédiatement que ces phénomènes symptomatiques, à ce membre, sont dus à une compression du plexus brachial exercée au bras, le jour où on lui fit prendre un bain sulfureux de force.) La sensibilité est intacte dans tous ses modes ; les réflexes tendineux sont exagérés dans tout le côté gauche du corps qui présente, appréciable seulement au niveau du membre supérieur, un léger degré d'atrophie musculaire, laquelle se trouve masquée, si elle existe, au niveau du membre inférieur par un œdème notable.

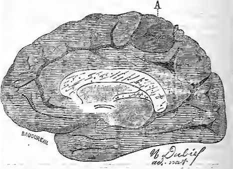
Tuberculeuse, en effet, avec signes cavitaires non douteux du côté du poumon, cette femme a éprouvé, depuis quelque temps, des douleurs vives dans le membre paralysé, lequel est devenu bientôt le siége d'un œdème blanc, dur, parcouru par des cordons bleuâtres, douloureux, marqués de nervures, suivant le trajet des veines. L'œdème remonte de l'extrémité libre jusqu'à la racine du membre qu'il dépasse même pour atteindre la partie supérieure de la fesse. Sur deux points de la zône qu'il occupe, à la face interne du talon et au sacrum, il existe des plaques sphacéliques.

Le foie, le cœur, les autres organes sont sains ; les urines ne contiennent point d'albumine, ni de sucre et c'est au milieu de ces symptômes avec amaigrissement progressif, fièvre bectique, que la malade succombe le 26 novembre 1882.

A l'autopsie, c'est le cerveau qui attire toute notre attention : le poumon est creusé de cavernes tuberculeuses, reconnues pendant la vie ; les veines du membre inférieur gauche présentent les lésions de la phlegmatia.

L'ouverture de la boîte crânienne laisse apercevoir l'existence d'un peu de liquide clair, transparent, sous les méninges, qui sont soulevées, comme flottantes ; en un point cependant la dure-mère est déprimée, adhérente et semble faire corps avec la substance cérébrale, indurée à ce niveau.

En ce point (fig. 1, A ; fig. 2 B.), qui correspond au lobule paracentral droit, existe une tumeur, de consistance assez dure, grisâtre (glio-sarcôme) enchâtonnée pour ainsi dire dans le lobule lui-même avec lequel elle fait corps et qu'elle pénètre profondément.



(1) Deriguac *in* thèse de Boyer : Etudes cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux. Thèse de Paris, 1879, p. 123.

C'est à lui qu'il disait : « Oui ! je révélerai à tout Paris, à toute la France, à l'univers entier, le seul défaut que je te connaisse. » Richerand (d'un air inquiet) : « Et lequel, s'il vous plaît ? — Un défaut habituel, dont toutes mes exhortations n'ont pu te corriger). » Richerand (effrayé) : « Dis donc enfin, c'est trop me tenir à la torture. — Tu manges trop vite ! » On pourrait faire à Richerand un autre reproche, c'est d'avoir mis trop d'animosité à critiquer le traité des membranes de ce jeune homme de génie, de Bichat, lui aussi son compatriote.

Richerand est l'auteur de bien d'autres biographies. Outre son éloge de Cabanis (1808), outre ses notices sur la vie et les ouvrages de Bordeu (1817) et sur Ambroise Paré (dans le *Plutarque français*), il a collaboré à la *Biographie Michaud*, où il a signé les articles consacrés à André Vésale, à Vieussens, à Zimmermann et à Dupuytren.

Si le docteur Jean-François Payen (1) n'a pas donné l'édition de Michel Montaigne qu'il avait préparée presque toute sa vie, son nom mérite au moins d'être rappelé ici pour la notice qu'il a consacrée à ce même Montaigne en 1837 (1), et pour les quatre autres brochures qu'il a publiées successivement sur le sceptique auteur des Essais (2).

Dois-je ranger parmi les biographes Félix Roubaud (né à Grasse en 1820, et mort l'an dernier, pour son étude sur Théophraste Renaudot (3), et le docteur P. Silbert pour sa notice sur *La vie et l'œuvre de Granet*, notice écrite à l'occasion de l'inauguration, à Aix, sa ville natale, du Musée qui porte le nom du célèbre peintre de genre (8 décembre 1861) ? Et le docteur Guardia ! S'il a écrit une bien intéressante biographie de Michel de Cervantes (4) n'est-ce pas plutôt de la critique littéraire et de la meilleure qu'il faisait

(1) Né à Paris, le 24 juin 1800, le docteur Payen y est mort le 7 février 1870.

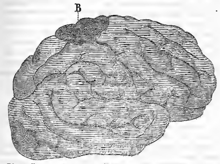
(1) In-8°, 1837, Paris. — *Notice bibliographique sur Montaigne.*

(2) Documents inédits ou peu connus sur Montaigne, 1847, in-8°. — Nouveaux documents, 1850, in-8°. — Documents inédits, in-8°, 1855. — Recherches sur Montaigne, in-8°, 1856.

(3) In-12, 1857.

(4) En tête de la première traduction française du Voyage au Parnasse de Cervantes, in-12. Paris, 1864.

Cette tumeur ne dépasse point le lobule paracentral ; elle laisse même quelque peu la partie supérieure du lobule intacte, n'empiétant point sur les circonvolutions voisines en avant, en arrière, en bas ou en haut.



Rien nulle part ailleurs sur la surface du cerveau ou profondément dans l'épaisseur des hémisphères. En résumé donc : *Tumeur du lobule paracentral ; convulsions existant exclusivement au membre inférieur, tels sont les gros traits sous lesquels peut se résumer cette observation.*

C'est par des symptômes d'hyperexcitabilité que la tumeur a manifesté sa présence ; on peut donc affirmer ici que les centres moteurs n'ont point été détruits ; ils ont été irrités, excités simplement par le fait du développement de la tumeur, rien de plus ; et de ces centres celui, sans aucun doute, qui a en le plus à souffrir est le centre moteur du membre inférieur; *c'est dans les muscles de la jambe que les symptômes d'hyperexcitation se sont manifestés en premier lieu ; c'est là qu'ils ont été le plus durables, le plus accusés.*

Mais ces symptômes d'hyperexcitabilité, qu'on les mette sur le compte de l'irritation de la substance corticale, on sur le compte de l'hyperexcitation des fibres blanches qui partent de la substance grise, s'ils se sont manifestés en premier lieu, s'ils ont été persistants dans le membre inférieur, tout porte à croire que le centre des mouvements de la jambe se trouve dans le voisinage de la région occupée par la tumeur, plus rapproché de celle-ci que le centre cortical ou les fibres du membre supérieur ; l'observation, empruntée par Boyer à l'un de nous, vient à l'appui de cette opinion. Aussi, quoiqu'elle se trouve résumée dans la thèse de Boyer, nous allons cependant la rapporter ici dans ses lignes essentielles.

Elle a trait à un homme âgé de 51 ans, observé dans le service de M. le docteur Bouchard à Bicêtre. Cette homme, non aphasique, non paralysé de la face, sans trouble aucun de la sensibilité générale ou des sens spéciaux, sans convulsions, sans contractures, entra à l'infirmerie, pour une paralysie *complète, durable*, de la *jambe* avec parésie peu accusée et passagère du bras, bref, avec une monoplégie type de la jambe, et que l'autopsie montra due à un ramollissement. — Tandis que partout ailleurs la substance cérébrale était intacte, un foyer de ramollissement cortical circonscrit occupait la partie la plus élevée de la circonvolution pariétale ascendante et une partie du lobule pariétal supérieur. — Profond au point d'admettre le bout du doigt, il pénétrait à la façon d'un souterrain dans l'épaisseur de la frontale ascendante, dont la substance grise était molle, affaissée ; enfin il empiétait légèrement sur la partie supérieure du lobule paracentral.

Destruction donc de la pariétale ascendante dans sa portion la plus élevée et de la partie attenante du lobule pariétal supérieur destruction partielle de la frontale ascendante portant, surtout sur sa face postérieure ; destruction de la partie supérieure du lobule paracentral : telles étaient les limites de la lésion qui expliquait les symptômes de paralysie du côté du membre inférieur observés pendant la vie ; ou pour résumer plus succinctement encore : *monoplégie de la jambe due à une lésion destructive des circonvolutions frontale, pariétale ascendantes du lobule paracentral à leur partie supérieure.*

Lorsqu'on reporte, sur la carte cérébrale, les lésions observées dans les deux cas que nous rapportons ici, on voit que le département occupé par l'une se confond, sur ses limites, avec le département de l'autre, sans qu'on ait à traverser, pour passer du premier au second, un terrain neutre, indifférent.

C'est dans la proximité extrême, ou plutôt dans la fusion de ces deux territoires, que se trouve l'explication des symptômes observés chez notre premier malade, du côté du membre inférieur : la tumeur, sise dans le territoire paracentral, a irrité le centre immédiatement adjacent du membre inférieur, tel que le montre notre deuxième observation ; nous pouvons donc dire que ces deux cas viennent à l'appui l'un de l'autre.

---

en révélant à la France la vie et les œuvres de ce savoureux poète espagnol, Fra Luis de Léon (1) ?

On en peut dire de même de ces travaux du docteur Félix Bremond sur *Rabelais médecin* (2) et sur *Rabelais hygiéniste* (3). Ce sont là des études d'un critique ou d'un commentateur sagace et instruit plutôt qu'une vraie biographie.

Et ce séduisant aperçu de la vie de *Quesnay économiste et chirurgien*, que M. le professeur Bouisson, de Montpellier, a donné dans un discours d'ouverture de son cours (4) : on ne saurait non plus le ranger dans le genre biographique ; mais cette étude rentre si bien dans le domaine que je parcours que je m'en voudrais de ne pas la signaler ici, et puis j'en profite pour rappeler en même temps ces fines recherches de médecin lettré, que M. Bouisson consacrait dès 1842 (5) à la *Médecine dans les poètes latins.*

(1) Voir *Le Magasin de Librairie* du 10 juillet 1860, et la *Revue germanique*, du 1er janvier 1863.
(2) In-12. Paris, 1873.
(3) Voir le JOURNAL D'HYGIÈNE. Feuilletons, 1881.
(4) En 1879. Voir le MONTPELLIER MÉDICAL, 1880.
(5) REVUE DU MIDI et GAZETTE MÉDICALE de 1842 et 1843.

Un autre contemporain, le docteur Charles Richet, a écrit (1) une notice biographique des plus intéressantes sur son grand-père, le jurisconsulte Charles Renouard, mort sénateur en 1878.

Une vraie biographie par l'étendue et l'abondance des détails, c'est le volume consacré par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire à la vie de son père (2). On pourrait bien prétendre que l'auteur se mettait dans des conditions difficiles pour écrire une œuvre impartiale. Comment trouver une indépendance complète dans des appréciations où la voix du sang se fait nécessairement entendre, toujours impérieuse ? Eh bien, c'est un attrait de plus dans ce livre si attachant et si palpitant d'amour filial.

L'auteur a eu beau prendre en épigraphe ces paroles de Gœthe : « Je ne juge pas, je raconte », on lui en voudrait de tenir sa parole. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, né à Paris en 1805, y est mort le 10 novembre 1861. Il avait été reçu docteur en médecine le 8 sep-

(1) REVUE POLITIQUE ET LITTÉRAIRE, 11 janvier 1879.
(2) Vie, travaux et doctrine scientifique d'Etienne-Geoffroy Saint-Hilaire par son fils, M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, in-12, Paris et Strasbourg, 1847.

Nous pouvons ajouter, *que le centre des mouvements de la jambe réside dans la partie supérieure de la frontale, de la pariétale ascendante et aussi dans la partie la plus élevée du lobule paracentral, dans la portion de ce lobe qui touche au bord supérieur de l'hémisphère.*

Dans notre première observation, les symptômes d'hyperexcitabilité sont survenus plus tardivement dans le membre supérieur, et ici ils ont été beaucoup moins accusés qu'au membre inférieur. *A priori*, on peut croire que le centre des mouvements du membre supérieur, ou les fibres qui en partent sont plus éloignés du lobule paracentral, que le centre cortical ou les fibres du membre inférieur. L'on sait, en effet, que le centre des mouvements du membre supérieur a son siége dans la partie moyenne des circonvolutions ascendantes (1); rien d'étonnant donc qu'il ait été touché plus tardivement ou ses fibres, que le centre ou les fibres du membre inférieur, la tumeur ayant eu à intéresser celui-ci avant d'atteindre celui-là.

(1) L'on trouvera dans la GAZETTE MÉDICALE du 23 décembre 1882 un cas rapporté par nous et instructif à ce sujet.

Mais, outre ce côté de notre observation, qui peut servir à préciser le centre moteur du membre supérieur et surtout du membre inférieur, l'histoire du cas que nous rapportons présente encore bien des points intéressants à étudier : la physiologie pathologique des convulsions, des contractures, de l'atrophie musculaire ; mais ce sont là des phénomènes aujourd'hui parfaitement connus, sur lesquels il est inutile d'insister, et que l'on trouve, d'ailleurs, admirablement étudiés dans la thèse de notre ami Brissaud.

L'observation de Broca (1), qui vit des convulsions du membre inférieur consécutives à une blessure de la région frontopariétale cesser par l'application d'une couronne de trépan, permettait déjà de localiser, chez l'homme, le centre des mouvements de la jambe dans la partie supérieure de la zone motrice ; les observations de Lœffler (2) plaidaient dans le même sens, avec celles, moins nettes toutefois, de Griesinger (3).

(1) Broca. Plaie de tête, épilepsie partielle débutant par le membre inférieur. Trépanation. Guérison. Société de chirurgie, 1866.

(2) Lœffler (*Generalbericht über den Gesundheitsdienst im Feldzug gegen Dænemark*, 1865).

(3) Griesinger (*Gesammelte Abhandlungen*, 1872).

Deux cas que rapportait Landouzy (1) plus tard, l'un d'atrophie de la circonvolution pariétale ascendante, consécutive à une malformation ancienne du membre inférieur, l'autre de lésion de la partie supérieure de la zône motrice avec paralysie de la jambe, indiquaient déjà une zône plus nettement circonscrite. Aidés des observations de MM. Haddon (2), Gouguenheim (3), Jean (4), Rendu, etc., l'on peut affirmer aujourd'hui, comparant les observations précédentes à celles que nous rapportons ici, que *le point minimum du centre des mouvements de la jambe est absolument connu ;* l'on peut dire qu'il siège *dans la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et aussi dans la partie la plus élevée du lobule paracentral au niveau du bord supérieur de l'hémisphère.*

Il importe de revenir, en quelques lignes, sur certaines particularités, indiquées au cours de la première observation. Comme ces particularités n'ont pas trait à la question des localisations, nous avons préféré ne les interpréter que maintenant. Nous faisons allusion au léger degré d'atrophie musculaire, manifeste au membre supérieur. La malade affirmait avoir eu le bras violemment serré par un lien. Il était intéressant de rechercher si l'examen histologique des muscles et des nerfs de la région fournirait quelques renseignements à cet égard. Or, cet examen nous a appris : 1o que l'atrophie musculaire était une atrophie musculaire simple, atrophie, en masse, des faisceaux musculaires, sans dégénérescence quelconque des éléments constituants ; 2o que les gros troncs nerveux du plexus brachial, en particulier le nerf radial et le nerf cubital, étaient le siége d'une névrite, absolument semblable à celle que l'on provoque, expérimentalement, chez les

(1) Landouzy. PROGRÈS MÉDICAL, 1877.

Landouzy. Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales.

Thèses de doctorat, Paris, 1876.

(2) Haddon (Brain, juillet 1878, part. II).

(3) Gouguenheim. Monoplégie inférieure gauche ; lésion de l'hémisphère cérébral droit au niveau du lobule paracentral et de la portion supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes (Société médicale des hôpitaux, UNION MÉDICALE, mai 1878).

(4) Jean. Société anatomique, 1882.

tembre 1829 avec une thèse intitulée : *Propositions sur la monstruosité considérée chez l'homme et chez les animaux*. Il préludait par là à ces belles recherches qui ont élargi le domaine de la tératologie dont son père avait frayé le chemin.

L'impartialité ! Mais n'est-ce pas la qualité la plus difficile et par contre la plus rare chez un biographe ? Voyez Parchappe dans le volume qu'il a consacré à Galilée. L'espace qui nous sépare du célèbre physicien et astronome est considérable : près de trois siècles, *grande mortalis ævi spatium*, et cependant les passions s'allument encore quand on vient à parler de cette vie si heurtée. Parchappe a beau déclarer au début de son livre qu'il a cherché à se « maintenir dans les calmes et sereines régions de l'impartialité historique » (1), presque à chaque page c'est un avocat qui prend la parole. Parole éloquente et généreuse ; il est vrai, mais plaidoierie plutôt que simple narration des faits.

(1) Page 12, 1 vol. in-12. Paris, 1866, avec une notice biographique due à M. F. Baudry, et un index bibliographique des travaux de Parchappe.

Né à Epernay en 1800, J.-B. Maximien Parchappe était d'ailleurs dans d'excellentes conditions pour écrire la vie de Galilée. Parchappe, en effet, cultiva tout le temps de sa vie avec succès et avec amour les mathématiques qui, dit-on, étaient pour lui une vraie distraction. D'abord élève de l'Ecole de médecine de Rouen, il termina ses études à Paris. Après dix-huit mois de pratique aux Andelys, il vient à Rouen où, en 1833, il est nommé professeur d'abord d'hygiène et de thérapeutique, et plus tard d'anatomie et de physiologie. En 1835, il remplace Foville à l'asile de Saint-Yon. En 1848, le voilà inspecteur du service des aliénés et du service sanitaire des prisons.

Parchappe est mort le 12 mars 1866, avant d'avoir pu mettre la dernière main à son œuvre de prédilection, à cette étude sur Galilée, dans lequel il voyait autre chose et mieux que l'astronome. Il le considère en effet comme un émule et un précurseur de Bacon, de Descartes et de Newton.

Quoique Parchappe ne fût pas membre titulaire de l'Académie de médecine, il a prononcé dans cette Société (en qualité de membre correspondant) un certain nombre de discours très remarqués. Qu'il suffise de rappeler les discours sur le vitalisme et l'organis-

animaux, lorsqu'on sectionne un tronc nerveux ou lorsqu'on le comprime dans un lien fortement serré.

Le sciatique du même côté étudié par comparaison, n'offrait rien de spécial. Donc, très vraisemblablement, le récit de la malade est vrai. Il est important d'élucider ce détail histologique, car on aurait pu mettre l'atrophie musculaire, la névrite, sur le compte d'une sclérose du cordon latéral correspondant, sclérose ayant produit des phénomènes semblables du côté des nerfs. L'examen, à l'œil nu, de la moelle, n'indique rien ; en sera-t-il de même de l'examen au microscope ? La moelle n'a pu encore, faute d'un durcissement convenable, être examinée ainsi. Nous ajouterons que l'examen histologique de la tumeur démontre que l'on est en présence d'un glio-sarcôme.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Contributions a l'étude de l'antisepsis, par Fr. Boillat(1).—II. De l'action antiseptique du chlorure de nickel, par Hugo Schulz (2). — III. Des diverses localisations de la blennorrhagie chez la femme et de leur traitement par l'eau oxygénée, par M. de Sinéty (3). — IV. Contribution au traitement local des cavernes pulmonaires, par von Sokolowski (4). — V. Contributions expérimentales a la question de l'alimentation des fébricitants, par von Hœsslin (5).

Le chlorure de zinc employé par certains chirurgiens pour le pansement des plaies est-il ou n'est-il pas un antiseptique ? M. R. Koch dit non, en invoquant des recherches qui démontrent l'impuissance du chlorure de zinc a tuer les microbes. A quoi M. Boillat objecte que le sel en question n'en manifeste pas moins des propriétés anti-fermentescibles, parceque, à l'exemple des sels métalliques en général, il précipite l'albumine en suspension dans nos humeurs, sous forme d'albuminate insoluble, et les recherches de Nencki démontrent que ces sortes de précipités ont peu de tendance à subir la putréfaction. Du sérum sanguin, de l'eau tenant en suspension une certaine quantité de blanc d'œuf ont été traités, jusqu'à sursaturation, par des solutions d'acide phénique, de chlorure de zinc, de sulfate de cuivre, de sublimé. Les précipités ont été lavés sur le filtre jusqu'à ce que le liquide filtré ne contînt plus de trace des substances employées pour précipiter l'albumine. Recueillis dans des verres à montre et conservés sous des cloches en verre, les précipités ainsi obtenus ne renfermaient pas de bactéries avant le 28e jour, et ne laissaient dégager une odeur de putréfaction qu'après le 40e jour. Donc, le chlorure de zinc, comme le sublimé, comme le sulfate de zinc et plus encore que l'acide phénique, est un antiseptique puissant.

— Le chlorure de nickel aussi est un antiseptique, M. Hugo Schultze l'affirme, et les preuves qu'il en donne sont des plus concluantes. Ainsi de l'eau tenant en suspension un fragment de fibrine et additionnée de quelques centimètres cubes d'une solution à 0,1 p. 0/0 de chlorure de nickel ne présentait pas de traces de putréfaction au bout de dix mois, tandis que, mise en digestion dans l'eau ordinaire, elle se putréfie dans l'espace de trois jours. Le chlorure de nickel doit ses effets anti-fermentescibles à ce qu'il met en liberté du chlore qui, à l'état naissant, décompose l'eau, fixe l'hydrogène en passant à l'état d'acide chlorhydrique et met en liberté l'oxygène, dont l'action antiparasitaire n'est plus à démontrer.

— Cette action antiseptique, que l'oxygène manifeste contre certaines espèces de microbes, a déjà reçu d'heureuses applications en thérapeutique. C'est ainsi que M. Damaschino a eu l'ingénieuse idée d'employer l'eau oxygénée dans le traitement du muguet et l'expérience a donné les résultats les plus satisfaisants. M. de Sinéty, bien connu de nos lecteurs pour ses travaux de gynécologie, a étendu l'emploi de l'eau oxygénée au traitement de la blennorrhagie chez la femme. La nature parasitaire de la blennorrhagie est hors de conteste depuis qu'on a réussi à cultiver le microbe en suspension dans le pus blennorrhagique, et à inoculer avec succès, à l'homme, les produits de culture ainsi obtenus (1). M. de Sinéty, passant en revue les diverses localisations de la blennorrhagie qu'il rattache à l'introduction dans l'organisme d'un agent virulent, a insisté sur le rapport qui existe entre la structure des parties

(1) Journal für prakt. chemie, N. F. T. XXV, p. 300, 1882.
(2) Deut. medic. Wochensch., 1882, n° 51.
(3) Archives de gynécologie, septembre 1882.
(4) Deut. med. Wochenschr., 1882, n° 29.
(5) Virchow's Archiv., T. 88, fasc. 1, p. 95, 1882.

(1) Voir le dernier numéro.

me (1855), sur la révulsion (1858), sur les vivisections (1863), sur la circulation et les mouvements du cœur (1864) et enfin sur la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau (1866).

Quelques médecins se sont contentés d'écrire simplement ce qu'on pourrait appeler des biographies partielles. Ainsi le docteur A. Corlieu qui a raconté la mort des divers rois de France depuis François Ier jusqu'à la révolution. Ainsi encore le docteur Auguste Mercier, qui a étudié Jean-Jacques Rousseau, au point de vue pathologique et Dubois d'Amiens qui s'est appliqué à discuter le genre de mort du philosophe genèvois. Dubois d'Amiens s'est occupé aussi du meurtre de Jules César.

Rappelons encore les deux mémoires de Lélut sur le démon de Socrate et sur l'amulette de Pascal, et convenons que Lélut, comme Dubois d'Amiens et Mercier, a écrit moins des biographies que des études critiques de pathologie rétrospective.

C'est toujours de la critique, mais de la critique appliquée à l'histoire de la médecine que le professeur Hergott (de Nancy) faisait dernièrement dans son intéressant travail sur Soranus d'Ephèse considéré comme accoucheur (1).

(1) Annales de gynécologie, avril 1882.

On voit combien il est difficile de bien déterminer les limites de la biographie, et du même coup on s'aperçoit combien grand est le nombre de nos confrères qui pourraient être rangés dans cette vaste classe des biographes.

Et cependant j'ai omis un grand nombre de noms, tant parmi nos journalistes contemporains, les Turner, les Ravel, les Tony Saucerotte, les Th. Caradu, les Emile Rivière, que parmi les collaborateurs de divers recueils biographiques, Duchaussoy, Constant Saucerotte, Monfalcon, le savant et si regretté conservateur de la bibliothèque publique de Lyon, etc., etc.

Mais il faut nous borner : *Cestus artemque repono*. — Excusez les fautes de l'auteur !

Dr Albertus.

affectées et la résistance que ces diverses localisations opposent aux agents thérapeutiques. Ainsi la vulvo-vaginite blennorrhagique est très facile à guérir, parce que la muqueuse vaginale est dépourvue de glandes. Il en est de même de l'uréthrite blennorrhagique à sa première période, lorsque la sécrétion morbide résulte d'une production ou d'une desquamation exagérée de la muqueuse et non d'une sécrétion glandulaire. La blennorrhée se montre, au contraire, très rebelle, une fois que l'inflammation a envahi les glandes intra-uréthrales. De même, la blennorrhagie du col est très tenace, à cause de la présence, à ce niveau, de glandes acineuses tapissées de cellules caliciformes.

Contre les diverses localisations de la blennorrhagie, M. de Sinéty a employé avec succès l'eau oxygénée: à l'état pur et sous forme d'irrigations quotidiennes suivies de pansements avec des tampons d'ouate imbibés du même liquide, dans les cas de vaginite; sous forme d'injections urétbrales et coupée d'eau au tiers ou au quart, dans les cas d'uréthrite; enfin en injections intra-glandulaires (avec la seringue de Pravaz), et à l'état pur, lorsque la blennorrhagie avait envahie les glandes péri-uréthrales, vulvo-vaginales, le col utérin. Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants, et, cela va sans dire, il s'agit là d'applications tout à fait inoffensives de la médication antiseptique.

— On n'en saurait dire autant des essais de « traitement local des cavernes pulmonaires » de M. Sokolowski. Il est des phtisiques qui se portent relativement bien, toussent peu, ne crachent pas du tout, quoiqu'un de leurs poumons soit creusé d'une vaste caverne remplie de muco-pus. Cette caverne évidemment ne communique pas avec l'extérieur. Un beau jour la fièvre hectique s'allume. Le confrère polonais en conclut que la paroi de la caverne, en voie d'érosion, est alors devenue apte à résorber le muco-pus, et il s'est dit que le bon moyen de prévenir et d'éteindre la fièvre hectique serait d'injecter directement dans le poumon des substances antiputrides.

Chez une première malade avec matité et tympanisme sous la clavicule droite, abolition du murmure vésiculaire, râles à timbre métallique et gargouillement au moment des quintes de toux, M. SOKOLOWSKI, a injecté dans le poumon correspondant, un centimètre cube d'une solution à 1 0/0 d'acide phéniqué. L'injection a été pratiquée avec une seringue de Pravaz dont l'aiguille a été enfoncée de toute sa longueur (25 millimètres) dans le deuxième espace intercostal, à environ 5 centimètres du bord externe du sternum. Aussitôt après l'injection, la femme fut prise d'une violente dyspnée avec cyanose de la face; cela dura pendant deux minutes, au bout desquelles survint une toux sèche sans expectoration. La température interne s'éleva à 38°,5.

Ce déplorable résultat n'empêcha pas l'auteur de recommencer sa tentative. Il fit chez cette femme trois nouvelles injections phéniquées et deux autres avec une solution de teinture d'iode à 5 0/0; ces nouvelles injections ont entraîné comme seule réaction une élévation de la température interne (39°,5 une fois).

Ce singulier traitement fut suivi d'une aggravation que la malade attribua aux injections; elle s'opposa à ce qu'on continuât l'expérience.

Nullement découragé, M. Sokolowski renouvela sa première tentative sur un certain nombre de phtisiques, en leur injectant dans le poumon, à travers un espace intercostal, des solutions de teinture d'iode ou d'acide phénique (5-20 0/0). Force lui est de reconnaître que ce singulier traitement n'eut d'influence favorable ni sur l'état général des malades, ni sur la lésion pulmonaire.

— Voilà un exemple des errements qu'engendre la manie du moment, de vouloir déduire d'une notion étiologique plus ou moins fondée une médication prétendue rationnelle; on part en guerre contre des microbes, au détriment des malades qu'on ne craint pas d'exposer à des interventions préjudiciables, voire à des intoxications très graves. C'est ce qui a eu lieu pour la fièvre typhoïde, entre autres. Or, si l'on s'en rapporte à la discussion pendante devant l'Académie de médecine, l'opinion dominante parmi nos cliniciens français, c'est qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde basée sur la notion étiologique de cette maladie, c'est que les indications à remplir sont essentiellement symptomatiques et variables d'un malade à l'autre. La faveur du moment est à ce qu'on a appelé l'*expectation armée*, qui suffit dans la plupart des cas, étant donnée la bénignité de la fièvre typhoïde à notre époque. Il est étonnant que personne n'ait eu l'idée de rattacher cette bénignité à sa cause principale, qui tient, croyons-nous, au soin avec lequel on nourrit aujourd'hui les fébricitants. La révolution salutaire introduite par l'illustre Graves dans le traitement des fièvres est tellement passée dans nos mœurs, qu'on oublie volontiers tout ce que nous lui devons.

En terminant, nous renvoyons au mémoire de M. von Hœsselin ceux de nos lecteurs qui seraient curieux de connaître des preuves expérimentales de l'utilisation des substances alimentaires incorporée aux fébricitants sous une forme convenable.

E. RICKLIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 décembre 1882. — Présidence de M. JAMIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — UNE STATISTIQUE AU SUJET DE LA VACCINATION PRÉVENTIVE CONTRE LE CHARBON, PORTANT SUR QUATRE-VINGT-CINQ MILLE ANIMAUX; PAR M. L. PASTEUR.

M. Pasteur communique à l'Académie l'extrait suivant du rapport lu à la Société vétérinaire et agricole de Chartres, par M. Boutet, sur les vaccinations pratiquées dans le département de l'Eure-et-Loir.

« Le nombre des moutons vaccinés depuis un an s'élève à 79,392; sur ces troupeaux la moyenne de la perte annuelle depuis dix ans était de 7,237, soit 9,01 pour 100. Depuis la vaccination, il n'est mort du charbon que 518 animaux, soit, 0,65 pour 100. Il faut faire observer que cette année, probablement à cause de la grande humidité, la mortalité ne s'est élevée en Eure-et-Loir qu'à 3 p. 100. Les pertes auraient donc dû être de 2,382, au lieu de 518 après les vaccinations.

« Dans les troupeaux qui ont été vaccinés en partie, nous avons 2,308 vaccinés et 1,659 non vaccinés; la perte sur les premiers a été de 8, soit 0,4 pour 100; sur les seconds la mortalité s'est élevée à 60, ou 3,9 pour 100. Nous ferons remarquer que dans ces troupeaux, pris dans différents cantons du département, les moutons vaccinés et non vaccinés sont soumis aux mêmes conditions de sol, de logement, de nourriture, de température, et que, par conséquent, ils ont subi des influences totalement identiques.

« Les vétérinaires d'Eure-et-Loir ont vacciné dans l'espèce bovine 4562 animaux. Sur ce nombre on perdait annuellement 322 bêtes. Depuis la vaccination, il n'est mort que 11 vaches. La mortalité annuelle, qui était de 7,03 pour 100, devient 0,24 pour 100.

« Des engorgements généralement peu graves étant survenus après la vaccination du cheval, et la mortalité du charbon, sur cette espèce, étant peu élevée, les vétérinaires n'ont pas cru prudent de faire cette vaccination sur une grande échelle. Il n'y eut que 524 chevaux vaccinés, dont 3 moururent entre les deux vaccinations. »

M. Pasteur fait ressortir l'importance de ces résultats. Il ajoute que, dans ces six dernières semaines, on a vacciné 13,000 moutons, 3,500 bœufs, 20 chevaux, et qu'il n'y a pas eu, sur ce nombre total de 16,520 animaux, un seul accident.

Physiologie. — Passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus. Note de MM. I. Straus et Ch. Chamberland, présentée par M. Pasteur.

D'après les nouvelles expériences des auteurs, le placenta ne constitue pas, comme on l'a cru jusqu'ici, une barrière infranchissable pour la bactéridie, et la loi de Brauell-Davaine, qui généralise une exception, est erronée : erreur qui, il faut le reconnaître, ajoutent-ils, a été heureuse et profitable pour la science, puisqu'elle a fourni à la théorie parasitaire des maladies infectieuses un des arguments les plus démonstratifs en apparence, à une époque où les preuves directes n'abondaient pas comme aujourd'hui.

Cette notion nouvelle de la possibilité du passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus pourra peut-être donner la clef de certains faits d'immunité, notamment de l'immunité contre le charbon, qui paraît avoir été constatée dans quelques cas sur des agneaux dont les mères avaient subi la vaccination charbonneuse pendant la gestation. D'autre part, la non-constance de ce passage peut expliquer aussi pourquoi, dans d'autres cas, cette immunité du fœtus n'existe pas. Enfin, quelques personnes ont signalé, dans des troupeaux de mère vaccinées pendant la gestation (brebis et vaches), quelques avortements. Il y a lieu dès lors de se demander si ces avortements ne sont pas dus à la contamination intra-utérine du fœtus par la bactéridie vaccinale, qui aurait tué le fœtus alors que la mère, plus robuste, aurait pu supporter la maladie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend: 1° Une lettre de M. Niepce, qui se porte candidat au titre de membre correspondant national: 2° Une lettre de M. Roques (de Neuilly-sur-Selne) sur les règles d'hygiène que l'homme doit suivre dans les régions où il vient s'implanter; 3° Un mémoire manuscrit sur l'application de la loi relative à la protection ds enfants du premier âge, par M. Frédéric Bayot.

— M. Brouardel présente: 1. au nom de M. le docteur Maurice Laugier, l'article *Strangulation*, extrait du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — 2° au nom de M. Charles Girard, une brochure intitulée: *Documents sur les falsifications des matières alimentaires*, et sur les travaux du laboratoire municipal.

M. Alfred Fournier présente, de la part des docteurs Barthélemy et Colson, un exemplaire de leur traduction du *Traité pratique des maladies de la peau* de Duhring.

— M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance.

1° Dans la section de pathologie interne, en remplacement de M. Woillez;

2° Dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police municipale, en remplacement de M. Hillairet.

— M. Brouardel, au nom de MM. Charles Bonchard, Capitan et Charrin, lit une note *sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture*.

Après MM. Christat et Kiener, qui, les premiers, en 1868, ont signalé la présence de microbes dans les produits morveux, les auteurs de ce travail ont reconnu l'existence de cet organisme non seulement dans les parties exposées à l'air, telles que les ulcérations nasales et les abcès pulmonaires, mais aussi dans les parties non exposées, ganglions, rate, foie.

La présence constante de ces organismes, présentant partout les mêmes caractères, était une présomption en faveur du rôle pathogénique qu'ils peuvent jouer dans la production de la maladie. Pour démontrer que ce rôle leur appartient réellement, il fallait pouvoir reproduire chez l'animal, et particulièrement chez l'âne, la maladie morveuse en inoculant ces seuls microbes développés en dehors de l'organisme malade, et sans mélange possible avec aucune particule provenant du corps de l'animal morveux. Il fallait donc procéder à l'aide de cultures successives.

Les auteurs ont réussi à obtenir la multiplication du microbe des produits morveux de l'homme, du cheval et du cobaye dans les solutions neutralisées d'extrait de viande mises à l'étuve et à la température de 37°.

A l'aide d'ensemencements successifs, ils ont obtenu la pullulation du microbe pur de tout mélange jusqu'à la huitième culture. La multiplication ne s'observait pas dans les vases maintenus au contact de l'air.

Des expériences préalables leur ont montré que la première et la seconde cultures gardent la propriété virulente du pus morveux.

La maladie morveuse produite chez le cobaye par l'inoculation des cultures est absolument semblable, au point de vue anatomique, à la morve déterminée chez le même animal par les produits morbides puisés directement chez le cheval.

Enfin les conclusions que l'on peut déduire des expériences qui précèdent se trouvent confirmées par d'autres expériences qui portent sur 61 animaux.

La morve serait donc, disent en terminant les auteurs, la seconde maladie virulente de l'homme dont la nature parasitaire serait démontrée, cette démonstration n'ayant été faite, jusqu'à ce jour, que pour le charbon, parmi les maladies virulentes qui atteignent l'espèce humaine.

— M. Henri Roger communique, au nom de M. le docteur Nivet, membre correspondant à Clermont-Ferrand, une *Note sur les épidémies de maladies puerpérales qui ont régné, depuis 1860, dans le service d'accouchements de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand et sur les effets comparés des acides phénique et salycilique*. Voici les *conclusions* de ce travail:

L'Hôtel-Dieu, dans lequel se trouvent placées les salles d'accouchements, est bâti sur un terre-plein de pipérite ou tuf volcanique qui est battu par les vents d'ouest et du sud, moins complètement par ceux du nord. A côté de ces avantages se trouvent des conditions hygiéniques fâcheuses:

1° Les effluves venant du ruisseau des tanneurs et du dépôt des fumiers de la ville arrivent jusqu'à cet hôpital, lorsque soufflent les vents d'ouest et du sud-ouest;

2° La salle d'accouchements n'est pas à l'abri des mauvaises odeurs qui se produisent dans les lieux d'aisances et dans les canaux à vidanges qui leur font suite;

3° Une seule salle, insuffisamment aérée, reçoit les femmes grosses et les femmes accouchées;

4° Malgré ces conditions mauvaises, les épidémies de maladies puerpérales sont rares et peu graves dans le service des accouchements;

5° Elles sont quelquefois moins meurtrières que dans la ville (1878);

6· Les fouilles exécutées dans les loges des fous et dans le passage qui conduit à la salle d'accouchements ont paru jouer un rôle important dans la production de l'épidémie de juin 1882;

7· La solution aqueuse saturée d'acide salicylique n'a nullement empêché l'arrivée de cette épidémie, tandis que les applications et les fumigations phéniquées ont arrêté promptement ses progrès, et, cependant, les autres conditions hygiéniques n'avaient pas été modifiées.

—M. BALL lit un travail intitulé : *Le crétin des Batignolles; autopsie*.

En résumé, dit l'auteur, le caractère principal du cerveau de ce crétin est son extrême simplicité. Quant aux légères anomalies que nous avons signalées, elles n'ont pas une importance capitale.

Maintenant que nous connaissons le crâne et son contenu, nous pouvons assez facilement nous rendre compte de ce fait pathologique. Il s'agit évidemment d'un arrêt de développement motivé, sans doute, par la maladie de nature inconnue qui a frappé le sujet à l'âge de 11 mois et qui a réduit sa taille et atrophié son intelligence.

« Quant au crâne, on peut prononcer le mot de rachitisme, en raison de sa disposition générale, et cette manière de voir est confirmée par l'existence de lésions rachitiques bien caractérisées à la partie supérieure du sternum.

« Notons ici deux points, qui nous paraissent dignes de remarque: les parois du crâne, contrairement à ce que l'on a observé chez beaucoup d'idiots et de crétins, étaient d'une extrême minceur, ce qui s'explique par défaut d'ossification.

« D'un autre coté, le cerveau était volumineux par rapport à la taille du sujet, qui cependant n'offrait aucune vigueur musculaire. Les fonctions de motilité étaient chez lui presque aussi rudimentaires que les facultés intellectuelles; de telle sorte que la masse considérable de son cerveau ne semblerait nullement avoir compensé l'extrême simplicité de sa forme. »

— M. le docteur ONIMUS lit un travail intitulé : *De la contractilité utérine sous l'influence des courants électriques*. Voici le résumé de ce travail :

« A l'état ordinaire il est difficile de déterminer les contractions utérines aussi bien par les courants électriques que par d'autres excitants. Cela se conçoit aisément, car l'organe n'a alors qu'une nutrition restreinte, étant pour ainsi dire à l'état d'hibernation.

« Lorsque, au contraire, la matrice est gravide, il est plus aisé de provoquer des contractions, mais *cela n'est réellement facile que lorsque pour une cause quelconque, les contractions physiologiques existent*.

« Dans ce cas, on peut, comme nous l'avons observé, les modifier et peut-être même les régulariser. Les contradictions que l'on trouve dans les auteurs tiennent uniquement à ce que l'on a confondu ces différents états de la matrice, qui sont tellement tranchés au point de vue des réactions qu'ils en font, pour ainsi dire, des organes différents. Dans les études physiologiques, comme dans les applications thérapeutiques et dans les questions de médecine légale, il est donc nécessaire de tenir compte de ces différences d'activité autonome que l'on pouvait soupçonner *a priori* et que nous avons observées expérimentalement. »

— Dans le courant de la séance, divers scrutins ont eu lieu pour le renouvellement partiel des commissions permanentes. Ont été élus :

Épidémies : MM. Ernest Besnier et Bucquoy.
Eaux minérales : MM. Gustave Bouchardat et Moutard-Martin.
Remèdes secrets : MM. Baudrimont et Lancereaux.
Vaccine : MM. Hervieux et Goubaux.
Hygiène de l'enfance : MM. Bergeron et Marjolin.

— A quatre heures un quart l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1882. — Présidence de M. LÉON LABBÉ.

M. RICHELOT dépose sur le bureau, au nom de M. Millot-Carpentier, une observation intitulée : *ostéomyélite suppurée avec carie de l'extrémité inférieure du tibia*.

— RAPPORTS. — M. DESPRÉS lit trois rapports sur trois mémoires différents : 1. sur un mémoire de M. Roustan : ablation d'un fibrôme intersitiel de la lèvre postérieure du col de l'utérus, par la ligature élastique, guérison. M. Després pense d'après les détails de l'observation qu'il pourrait s'agir d'un polype simple pédiculé, qui empêchait de voir la lèvre postérieure du col;

2. Sur un mémoire de M. Philippe, de Saint-Mandé, sur les gouttières à suspension dans le traitement des fractures;

3. Sur une observation du docteur Piedvache : Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute sur le siége, se fit une fracture du pubis; il y eut une rétention d'urine et l'on diagnostiqua une rupture de l'urèthre malgré l'absence de tumeur périnéale et d'issue de sang par l'urèthre. Le cathétérisme fut vainement tenté, et l'on se décida à faire une boutonnière au périnée, mais l'on ne parvint pas à trouver le bout postérieur de l'urèthre; alors on se décida à faire la taille hypogastrique pour pratiquer le cathétérisme rétrograde et mettre une sonde à demeure; le malade a guéri.

— TROUBLES NERVEUX TARDIFS A LA SUITE DE FRACTURE DU CRANE GUÉRISON PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES, observation de M. Guermonprez, de Lille; rapport de M. PÉRIER. Il s'agit d'un ouvrier qui, ayant été pris sous un éboulement, avait une fracture du frontal avec plaie étendue. La plaie et la fracture guérirent parfaitement, mais deux mois après l'accident le malade était pris de douleurs vives siégeant dans la tête et dans la région lombaire; ces douleurs allèrent en progressant et s'accompagnant de faiblesse des membres, enfin le malade ne put bientôt plus faire aucun mouvement sans être pris de lipothymie. M. Guermonprez fit alors des saignées à la région temporale, au moyen de la ventouse Heurteloup. Ces saignées furent répétées plusieurs fois, et après chaque émission sanguine il y eut disparition des douleurs céphaliques et lombaires qui persistaient pendant un temps variant de un à dix jours. Enfin, après un certain temps de ce traitement, le malade fut complètement guéri.

—AMPUTATION OSTÉOPLASTIQUE DU PIED.—M. LE FORT fait un rapport sur un mémoire de M. Follet, de Lille, lequel a apporté au procédé opératoire de cette amputation une modification consistant dans l'emploi de la suture osseuse pour maintenir en contact le calcanéum et le plateau inférieur du tibia.

M. Le Fort fait remarquer que cette suture peut être utile, mais que presque toujours on obtient de très bons résultats sans l'employer. Ce qui jusqu'à présent empêchait M. Le Fort de se servir de cette suture, c'est qu'il craignait que la cicatrice de la peau du talon, que l'on est obligé de perforer, ne devînt un obstacle à la marche des malades. Mais depuis quelque temps il est convaincu que ses craintes étaient exagérées, car en Allemagne, Hahn emploie pour la suture de gros clous d'acier, qu'il laisse en place pendant un mois, et une fois enlevés, la cicatrice ne gêne nullement les malades; cette cicatrice même disparaît en peu de temps d'une façon complète.

M. VERNEUIL pense que cette suture peut être utile dans certains cas; ainsi il a dans son service un malade auquel M. Terrillon a fait l'amputation de Le Fort, sans avoir recours à la suture, et chez ce malade, le fragment calcanéen se renverse lorsqu'il veut marcher, ce qui n'aurait peut-être pas lieu si l'on avait employé la suture osseuse.

M. DESPRÉS affirme qu'il est impossible qu'on puisse laisser un corps étranger dans l'os, comme les clous dont se sert Hahn, sans qu'il y ait de la suppuration et de la nécrose osseuse.

M. PERIER et M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE affirment le contraire, et citent à l'appui des faits qui prouvent que les os tolèrent très bien des fils de suture, sans que cela donne lieu à de la suppuration ou de la nécrose.

M. LE FORT fait remarquer à M. Desprès que dans les sutures osseuses de la mâchoire, il y a presque toujours un peu de nécrose à cause du contact des liquides de la bouche, mais cela n'a pas lieu pour les os longs.

— RAPPORT DES NODOSITÉS DES CORPS CAVERNEUX AVEC LE DIABÈTE. — M. TRÉLAT revient sur la communication de M. Verneuil, et dit qu'il a eu l'occasion de voir deux malades atteints de cette affection, mais il ne peut pas dire s'ils étaient diabétiques.

M. MONOD en a vu un cas dernièrement et le malade n'est ni diabétique ni goutteux.

— M. POULET lit, au nom de M. Kiéner et au sien, un travail sur *l'ostéite tuberculeuse et la carie des os*. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chauvel, Lannelongue et Nicaise.

— M. SCHWARTZ lit un travail de *goître unilatéral, polykystique, thyroïdectomie, guérison*. Le travail est renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Anger et Richelot.

Dans la prochaine séance, il sera procédé à l'élection des membres du bureau de la Société de chirurgie pour 1883.

Dr BASTARD.

FORMULAIRE

Potions et pilules pour calmer la toux et faciliter l'expectoration chez les phtisiques (Rossbach).

1o Rec. Chlorhydrate de morphine 0,03 centigrammes
Chlorhydrate d'apomorphine 0,03-0,06 —
Acide chlorhydrique dilué 0,50 —
Eau distillée 150 grammes.

M. s. a. Conserver dans un flacon bleu.

A prendre par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures.

2o Chez les malades qui présentent des signes de morphinisme.

Rec. Chlorhydrate d'apomorphine 0,03 à 0,05 centigr.
Acide chlorhydrique dilué 0,50 —
Eau distillée 150 grammes.

M. s. a. Conserver dans un flacon bleu.

A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Surveiller les effets dépressifs de l'apomorphine, qu'on combattra en prescrivant de l'alcool.

3o Chez les malades saturés de morphine, on peut encore prescrire l'atropine sous la forme pilulaire.

Rec Sulfate d'atropine 0,0005 dixièmes de milligramme
Poudre de réglisse q. s.

Pour f. s. a une pilule. Faire 20 pilules semblables.

Prendre chaque jour une, deux, au plus trois pilules, dans la soirée.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

L'EAU DE FRANÇOIS JOSEPH, DE BUDAPEST (Hongrie).

Il y a vingt ou trente ans, c'est à peine si l'on connaissait quelques rares eaux purgatives dont les plus célèbres, celles de Sedlitz et de Friedrickshall, n'étaient encore l'objet que d'une consommation restreinte. Depuis, les médecins se sont assurés de la supériorité des eaux minérales naturelles sur les autres purgatifs et le nombre des sources connues s'est augmenté de beaucoup. Au nombre de celles qui méritent le plus d'attirer l'attention du corps médical, figure en première ligne l'eau de François-Joseph (Bude, Hongrie), dont S. M. l'empereur d'Autriche a accepté le patronage. D'après les analyses qui ont été faites en 1878 par M. Eugène Boutmy, chimiste-expert près le tribunal de la Seine, cette eau renferme par litre, 21 grammes, 600 de sulfate de magnésie, et de 20 gr., 700 de sulfate de soude. Une autre analyse officielle faite au laboratoire de l'Académie de médecine de Paris a confirmé ces résultats, et c'est à la suite du rapport de M. Poggiale (13 août 1878) que l'introduction de cette eau a été autorisée en France.

Comme on peut le reconnaître par sa composition même, l'eau de François-Joseph est supérieure à celles de Pullna, d'Hunyadi Janos, de Friedrickshall, qui sont loin de contenir la même proportion de sels minéraux. L'eau d'Hunyadi Janos, en effet, ne renferme que 16 gr., 01 de sulfate de magnésie, et 15 gr., 91 de sulfate de soude; celle de Pullna ne contient que 12 grammes du premier de ces sels, et 10 gr., 10 du second; l'eau de Freidrickshall est encore moitié moins chargée : 5 gr., 15 de sulfate de magnésie et 6 gr., 05 de sulfate de soude.

Mais la véritable supériorité de l'eau de François-Joseph sur les eaux similaires consiste dans la facilité avec laquelle elle peut être absorbée et assimilée, grâce à l'acide carbonique libre qu'elle contient. C'est grâce à ce dernier gaz qu'elle jouit de la propriété de se conserver indéfiniment dans des bouteilles capsulées et bouchées et de ne présenter aucun goût désagréable, ce qui permet son administration aux personnes même les plus difficiles.

Il est en effet de la plus haute importance pour une eau purgative, d'être limpide, claire, de n'occasionner aucun dégoût à la personne qui doit en faire usage et qui, déjà malade, est d'autant plus susceptible à cet égard. Grâce à ses propriétés multiples, l'eau minérale purgative de François-Joseph fut de prime abord acceptée par le corps médical de la Hongrie ainsi que le prouvent les certificats élogieux des docteurs Ballo, Bernal et Hertzka (de Budapest), puis elle devint rapidement d'un usage universel. En France tout particulièrement, elle obtint le succès qu'elle méritait car, à défaut d'eaux purgatives françaises, force nous est de prescrire des eaux étrangères, heureux encore quand celles-ci ne sont pas allemandes.

L'eau de François-Joseph agit à faible dose, ce qui est facilement explicable par sa forte minéralisation. D'après le docteur Charles Hertzka (Presse médico-chirurgicale de Budapest, janvier 1877), il suffit de la donner à la dose de 15 à 30 grammes (une ou deux cuillerées à soupe) à un enfant de quatre à dix ans. Un demi-verre ou trois quarts (100 grammes environ) suffit pour une grande personne. En dehors des sulfates de soude et de magnésie, cette eau renferme encore 9 gr. 10 de carbonate de soude et 13 gr. 48 de chlorure de magnésium, auxquels elle doit encore des propriétés spéciales, et qui expliquent les excellents résultats qu'on en obtient contre les constipations habituelles, les dyspepsies, les hémorrhoïdes, l'hypochondrie et les diverses névroses. Aussi M. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, estime-t-il à juste raison que cette eau est appelée à prendre place parmi les premières eaux purgatives, surtout pour les personnes délicates ou celles qui doivent en continuer l'usage pendant un temps plus ou moins long.

BIBLIOGRAPHIE

Le ZONA, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry). — Paris, O. DOIN.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà reproduit le résumé et les conclusions de cette importante monographie, couronnée par la Société de médecine d'Anvers. Nous n'avons donc pas à la faire connaître de nos lecteurs; nous voulons simplement la leur rappeler comme une œuvre qui mérite de fixer leur attention.

Les aptitudes multiples de l'auteur se reflètent dans ce travail. Les érudits trouveront, dans l'historique du zona, des divers noms par lesquels on l'a désigné, des hypothèses émises sur sa nature, des documents pleins d'intérêt. L'étude des deux ordres de lésions qui caractérisent la maladie, lésions cutanées, lésions du système nerveux, n'intéressera pas moins l'anatomo-pathologiste. Le pathologiste et le clinicien parcourront avec fruit ces nombreuses observations, dont 41 sont propres à l'auteur, et qui lui ont permis de décrire exactement les formes et variétés du zona, formes et variétés différentes les unes des autres par l'étendue de l'éruption (zona simple, double et symétrique, multiple, bifurqué), par son siège (zona ophthalmique, zona de la bouche, de la gorge, du front, de la nuque, du tronc, des membres), par la marche (zona aigu fébrile, zona subaigu apyrétique, zona chronique, à rechutes, zona récidivant), par l'aspect ou certaines modifications de l'éruption (zona érysipélateux, gangréneux, hémorrhagique), etc., etc. Ceux qui prennent goût aux questions de pathologie générale ne resteront pas indifférents à la lecture du chapitre relatif à l'étiologie, dans lequel l'auteur examine et discute les rapports qu'on a voulu établir entre le zona et différents états diathésiques ou constitutionnels (arthritisme, herpétisme, scrofule, syphilis, tuberculose, etc.), certaines maladies (dyspepsie, diabète, bronchite, hémiplégie, etc.), ou certains accidents (traumatisme, intoxications par l'oxyde de carbone, par le plomb, l'arsenic, etc.); ils liront aussi avec intérêt le chapitre sur la nature et la pathogénie du zona.

Les thérapeutistes auront moins à glaner dans le travail de M. Fabre. Le zona est, somme toute, une maladie toujours bénigne contre laquelle la médication la plus simple est celle qui réussit le mieux; laxatifs pour combattre l'état saburral, topiques pulvérulents sur le siège de l'éruption, calmants généraux ou locaux pour apaiser les douleurs parfois très vives: tel est le traitement, en quelque sorte classique, que conseille l'auteur. Nous sommes loin des saignées prescrites par Rayer, ainsi que des cautérisations locales au nitrate d'argent recommandées par Alibert et les auteurs de compendium.

La monographie de M. Fabre est riche en faits et en documents, peut-être même trop riche. Pour n'avoir pas voulu laisser inexploré le plus petit côté de son sujet, l'auteur a poussé un peu loin l'analyse et n'a pu éviter quelques longueurs; il est telle partie qui eût gagné à être condensée. La critique ne doit jamais perdre ses droits, même, ou plutôt *surtout* avec un ami. Du reste, n'est pas trop riche qui veut, et le petit reproche que nous adressons à M. Fabre ne déplairait pas à certains auteurs. Il ne saurait donc amoindrir aux yeux de nos lecteurs la valeur de son travail, à laquelle nous sommes heureux de rendre hommage.

Dr F. de Ranse.

VARIÉTÉS

CHRONIQUE

Concours de l'agrégation, section de médecine. — L'épreuve orale consistant dans une leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparatim, s'est terminée vendredi soir. Elle a été immédiatement suivie du tirage au sort, par les quinze candidats restants, des sujets de thèses. Celles-ci devront être déposées le 31 janvier prochain.

Voici les questions de l'épreuve orale dans l'ordre où la leçon a eu lieu:

13 décembre: M. Albert Robin. — De la pleurésie purulente.
14 — M. Clément. — Névralgie du trijumeau.
15 — M. Dreyfous. — Méningite aiguë tuberculeuse de l'enfant.
15 — M. Dreyfus-Brissac. — Dysenterie sporadique.
16 — M. Hanot. — Gangrène du poumon.
16 — M. Artigalas. — Apoplexie pulmonaire.
18 — M. Bard. — Les oreillons.
18 — M. Hutinel. — De l'inflammation des canaux biliaires.
19 — M. Schmitt. — De la pyélonéphrite.
19 — M. Du Castel. — De la pneumonie des vieillards.
20 — M. Quinquaud. — De la paraplégie hystérique.
20 — M. Letulle. — De l'asthme.
21 — M. Baumel. — Des rétrécissements du pylore.
21 — M. Blaise. — Du rhumatisme blennorrhagique.
22 — M. Leroy. — Paralysie de la troisième paire (moteur oculaire commun).

Quant aux sujets de thèse distribués, vendredi soir, ce sont:

1. M. Leroy. — La sclérodermie.
2. M. Dreyfus. — Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré.
3. M. Schmitt. — De la tuberculose expérimentale.
4. M. Du Castel. — Des diverses espèces de purpura.
5. M. Bard. — Accidents pernicieux d'origine palustre.
6. M. Beaumel — Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets.
7. M. Hanot. — Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose.
8. M. Albert Robin. — Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif.
9. M. Hutinel. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde.
10. M. Blaise. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique.
11. M. Clément. — De la médication purgative.
12. M. Artigalas. — Des asphyxies toxiques.
13. M. Letulle. — Troubles fonctionnels du pneumo-gastrique.
14. M. Dreyfus-Brissac. — De l'asphyxie non toxique.
15. M. Quinquaud. — De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 14 décembre au jeudi 20 décembre 1882.

Fièvre typhoïde 49. — Variole 7. — Rougeole 16. — Scarlatine 3. — Coqueluche 0. — Dipthérie, croup 43. — Dysenterie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 70. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 45. — Pneumonie 75. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 36, — au sein et mixte 25. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 105. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 93. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 3. — infectieuses 3. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 11. — Total de la semaine: 1094 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME TROISIÈME DE LA SIXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1881



E

F

U

V

Z

TABLE DES AUTEURS

FIN DES TABLES